

Maternidad indígena en Colta

Un espacio de encuentros y tensiones

María Patricia Baeza Cabezas

Maternidad indígena en Colta

Un espacio de encuentros y tensiones



2011

**MATERNIDAD INDÍGENA EN COLTA
UN ESPACIO DE ENCUENTROS Y TENSIONES**

María Patricia Baeza Cabezas

1era. edición: Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla: 17-12-719
Teléfonos: 2506-247 / 2506-251
Fax: (593-2) 2506-255 / 2 506-267
e-mail: editorial@abyayala.org
www.abayala.org
Quito-Ecuador

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Telf.: (593-2) 323 88 8888
Fax: (593-2) 323 7960
www.flacso.org.ec
Quito-Ecuador

Diseño y
Diagramación: Ediciones Abya-Yala

ISBN FLACSO: 978-9978-67-265-5

ISBN Abya-Yala: 978-9978-22-923-1

Impresión: Ediciones Abya-Yala
Quito-Ecuador

Impreso en Quito Ecuador, abril 2011

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Ciencias Sociales
con Mención en Género y Desarrollo, de FLACSO-Sede Ecuador;
Autor: María Patricia Baeza Cabezas
Tutor: Mercedes Prieto

Dedicatoria

A mi hija Monserrat y a mi hijo Salvador, quienes fueron y son mi inspiración materna.

A mi compañero e incondicional pareja, Gabriel.

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas aquellas personas que contribuyeron a la finalización de esta tesis, especialmente a Mercedes Prieto, quien me guió y apoyó con su valioso conocimiento a lo largo de la Maestría.

Agradezco también a Cecilia, quien desde su experiencia de vida me abrió las puertas de su comunidad. Del mismo modo, a todas aquellas mujeres indígenas que compartieron e hicieron visibles sus sentimientos de discriminación social frente al sistema. A las parteras y parteros, quienes compartieron sin tapujos sus prácticas y tradiciones de atención de parto en las comunidades.

Al Centro de Educación, Difusión e Investigación Social (CEDIS), a Cristina Cucurí, Sandra Naula y Josefa Viñan, lideresas de Chimborazo.

Agradezco muy especialmente a mi amiga Andrea Pequeño, por darme la fuerza necesaria en los momentos difíciles y sonreír conmigo en los momentos felices; también por aceptarme como su familia en Ecuador.

A Susy Rojas, a Dayana León y Millaray Painemal, quienes siempre han estado dispuestas a demostrar su aprecio, cariño y amistad. A mis amigas y compañeras de Maestría, por su fuerza femenina y complicidad.

Índice

Resumen	11
Capítulo I. Sexualidad y Estado: maternidad indígena	13
Introducción	13
Problema de estudio	14
Discusión teórica	17
Estrategia metodológica	24
Sinopsis de los capítulos	27
Capítulo II. Estado, salud y cuerpos indígenas	29
Introducción	29
Movimiento indígena y salud.....	39
Ley de Maternidad Gratuita y la Atención a la Infancia y población indígena rural	45
Maternidad y multiculturalismo.....	48
Conclusiones	50
Capítulo III. Sistema oficial de salud en el cantón Colta	53
Introducción	53
Enunciados de políticas.....	55
Puesta en marcha de las políticas.....	58
Algunas limitaciones.....	70
Conclusiones	72
Encuentros y desencuentros entre las políticas de salud y la población indígena.....	72

Capítulo IV. Maternidad, parto y discriminación	75
Introducción	75
Comunidad Shuid y la maternidad	76
La buena mujer y el matrimonio	79
Mujeres maternas.....	85
Embarazo y parto en el hospital	91
Ruta hacia la discriminación.....	96
Conclusiones	104
Capítulo V. Maternidad comunitaria:	
¿Alternativa para el Buen Vivir?	107
Introducción	107
Prácticas comunitarias de atención de parto	108
Parteras reeducadas	110
Integración de los familiares	113
La maternidad comunitaria	113
Conclusiones: Continuum vida-muerte.....	115
Capítulo VI. Conclusiones	121
Introducción	121
Encuentro del Estado con los cuerpos indígenas.....	121
La maternidad: territorio de tensiones	123
¿Mujeres prisioneras?.....	124
Biopolítica, normatividad y etnicidad	126
Notas.....	131
Bibliografía.....	133
Anexos	141

Resumen

El presente estudio se ubica en la intersección de la sexualidad, etnicidad y Estado. En este escenario se abordan las tensiones que surgen en torno a la maternidad y, por ende sexualidad de las mujeres indígenas de nacionalidad Puruhá de comunidades rurales de la Provincia de Chimborazo. La mirada y problematización de esta investigación surge a partir de las observaciones estadísticas realizadas en relación a la variable demográfica de fecundidad en este segmento de la población de Ecuador.

La pregunta central de investigación se traduce en cómo la sexualidad y el cuerpo de las mujeres indígenas se construyen como espacios de negociación de prácticas y discursos de la maternidad elaborados por diversos actores, con especial atención a la comunidad y el Estado.

Diversos teóricos, entre ellos Foucault (1995), Laqueur (1990) y Butler (2002), apelan a la existencia de un interés supremo de diversos agentes sociales por controlar la sexualidad como un modo de organización social. Para efectos de este estudio, la mirada estará centrada principalmente en dos agentes: el Estado y la comunidad indígena. El presente debate se encuentra cruzado no sólo por elementos de carácter discursivo instalados en el imaginario colectivo, sino que también está intimamente ligado a la existencia de otros elementos de significado social como son el racismo y la exclusión que forman parte de una historia de segregación económica y social del cual han sido partícipes las comunidades indígenas del Ecuador. Consecuente con ello, pretendo evidenciar el desplazamiento discursivo del Estado, producto de una

retórica multicultural, ausente de intervención en el sector rural indígena de Ecuador. La intervención del Estado en las comunidades indígenas rurales de la sierra, llega a través de la ejecución de las políticas públicas de salud, mediante la implementación de un nuevo modelo de atención que va de lo nacional a lo local denominado “modelo integral de salud”. Este modelo de atención actúa mediante la instrumentalización de ciertos dispositivos de poder que permiten de forma figurada alcanzar, controlar e intervenir tanto la sexualidad como los cuerpos de las mujeres indígenas, por la vía de la maternidad. En este escenario de disputas y tensiones la comunidad de igual forma, se configura como otro agente activo de control hacia el cuerpo de las mujeres y su sexualidad. La oferta en salud por parte de la comunidad, es la ruta privada de salud, que se traduce en la oferta de atención comunitaria del parto.

Para finalizar, debo señalar que ambos agentes Estado-comunidad moldean las vías discursivas que buscan incitar y -de algún modo- obligar a las mujeres indígenas a ejercer la maternidad, como una forma de control social sobre su cuerpo y su sexualidad. Sin embargo, ninguno de estos agentes se configura como una alternativa válida que, permita producto de la maternidad, mejorar o dignificar el bienestar de la mujer indígena rural.

Capítulo 1

Sexualidad y Estado: Maternidad indígena

Introducción

Esta investigación explora las tensiones que surgen en torno a la fecundidad/maternidad indígena, desde la actoría del Estado y las propias comunidades indígenas de la sierra. Por lo tanto, se ubica en la intersección de la sexualidad, etnicidad y Estado.

La lectura del problema se realiza a partir de los comportamientos demográficos que presenta este segmento de la población del Ecuador. En este contexto, la fecundidad se convierte en un factor clave para comprender ciertas dinámicas sociales relevantes, asociadas a etnicidad y control de la sexualidad, por la vía de la maternidad. En este espacio se indaga acerca de los diferentes significados de la maternidad, que se constituyen a partir de negociaciones público-privadas (comunidad-Estado) de mujeres indígenas de la sierra, pertenecientes a comunidades rurales de la Provincia de Chimborazo.

Para efectos de esta investigación, la maternidad se configura como un espacio de control del cuerpo y la sexualidad femenina, ligada a lo social y comunitario, como un modo de organización social. Consecuentemente, se busca evidenciar cómo en este escenario la sexualidad adquiere importancia en la medida que se maternaliza tanto el cuerpo, la sexualidad como misma mujer.

Por otra parte, es importante contextualizar al lector sobre el giro que tuvo la presente tesis. El punto de partida inicial buscó indagar sobre la maternidad, como parte estructural de la identidad de las mujeres indígenas. La lectura, en esta primera instancia, debía ser rea-

lizada desde la óptica de representación simbólica de la no maternidad, vale decir, explorar qué pasaba en un contexto de baja incidencia de anticonceptivos, dónde las mujeres indígenas por opción política o razones biológicas no llegaban a la maternidad. No obstante, los hallazgos encontrados en el trabajo de campo hablaron más bien de un Estado que impulsa el diseño de políticas públicas orientadas hacia una maternidad controlada, que busca alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas vía maternidad. En base a ello, debo señalar que me encontré más bien con un Estado que impulsa el diseño de políticas públicas orientadas hacia una maternidad controlada, que busca alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas vía maternidad.

Finalmente, en el desarrollo de este capítulo se traza el problema de estudio, el campo de discusión teórica entre la sexualidad y el Estado, la descripción metodológica y finaliza con una sinopsis de los capítulos.

Problema de estudio

“Entre nosotras no hay chicas que no quieran tener hijos. Para eso somos mujeres, para tener un hijo. Y seremos felices cuando ya tengamos el primero...”

(Testimonio en Tenorio, 2000:95).

En la primera parte de este capítulo, exploro algunas tensiones observadas en las estadísticas relativas a las tasas globales de fecundidad de la población ecuatoriana. Ellas me permiten evidenciar un escenario complejo y contradictorio que se mueve en torno al control de la sexualidad de las mujeres indígenas, por la vía de la maternidad. Posteriormente, contextualizo la investigación a través de la discusión teórica, considerando principalmente tres lineamientos: historización de los discursos sobre la sexualidad, la sexualidad como organización social y la sexualidad como espacio político a través de la maternidad.

Como objetivo general, se plantea explorar los diferentes significados de la maternidad, que se constituyen a partir de negociaciones público-privadas (comunidad-Estado) de las mujeres indígenas de la

sierra perteneciente a las comunidades rurales de la Provincia de Chimborazo.

Desde un punto de vista empírico, la fecundidad en el escenario indígena parece ser un tema que se posiciona como parte de una identidad de mujer y también como un espacio de control de la sexualidad femenina, que se encuentra ligado a lo social y comunitario, por la vía de la maternidad. Esta afirmación se desprende de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de la población indígena ecuatoriana: para el periodo de 1999 al 2004, era de un 4,9% (ENDEMAIN, 2006:28). Esta tasa puede considerarse alta, al ser comparada con la población blanco y mestiza, las que –para el mismo periodo- registraban un 2,9% y un 3,1% respectivamente (ENDEMAIN, 2006:28). Otro indicador interesante de observar es la TGF no deseada, cuyos índices más altos se encuentran entre la población indígena (1,4), antes que en la mestiza (donde alcanza solo un 0,6%) (ENDEMAIN, 2006:28). Siguiendo con estas observaciones estadísticas, otra de los aspectos a rescatar es que el 91,8% de las mujeres indígenas que han sido sometidas a esterilización quirúrgica, se encuentran satisfechas con dicha intervención (ENDEMAIN, 2006:34). Esta cifra se encuentra muy por encima de la población blanca y mestiza, cuyos porcentajes son significativamente inferiores.

Estos datos pueden prestarse para variadas interpretaciones. Sin embargo, la más evidente y sencilla de ellas es que las mujeres indígenas, por diversas razones, ya sean políticas, sociales o culturales, tienen un mayor número de hijos que las mujeres blancas y mestizas.

Todo lo anterior da cuenta de un escenario social que teje tensiones alrededor de la fecundidad. Desde este punto de vista, es interesante mirar cómo las estadísticas, finalmente, se encarnan en el cuerpo de las mujeres indígenas por la vía de la maternidad.

La hipótesis central es que las comunidades indígenas rurales de la sierra, en la Provincia de Chimborazo, lugar donde se llevó a cabo la presente investigación, tienden a posicionarse como sociedades pronatalidad; es decir, manifiestan una alta valoración de la fecundidad como modo de organización social, pues se busca ejercer, desde distintos ámbitos, un control sobre la sexualidad de las mujeres. En este escenario, la sexualidad adquiere importancia en la medida de la maternidad. Así, la fecundidad-sexualidad se transforma en un elemento clave

para entender ciertas dinámicas sociales relevantes, asociadas a etnicidad y control de la sexualidad.

En el Ecuador coexisten grupos blancos, afroecuatorianos¹, mestizos e indígenas. Sin embargo, cada uno de ellos, como veíamos, presenta conductas diferentes con respecto al control de su natalidad. Es así como los grupos blancos y mestizos tienen una clara tendencia a disminuir y controlar las tasas de fecundidad, mientras que en la población indígena se observa una conducta contraria a esta tendencia. Egüez (2005) alude a este fenómeno señalando que el país

Durante las últimas cuatro décadas se embarcó en un proceso acelerado de transición demográfica que ha avanzado de la mano con la urbanización, en donde el perfil de su población sufrió modificaciones importantes debido a cambios sustanciales en tres ámbitos; la migración, la fecundidad y la mortalidad (Egüez, 2005:27).

Estas modificaciones, como he señalando, tienen que ver, principalmente, con las diferencias observadas en torno a las tasas de fecundidad en los distintos grupos sociales: mientras sociedades blancas y mestizas desarrollan una dinámica que les permite controlar y disminuir sus tasas de fecundidad, la población indígena ha logrado mantener sus cifras de fecundidad, construyendo un escenario contradictorio a la tendencia general del país. ¿Cómo podemos explicar estas tendencias opuestas?

Retomando las aportaciones estadísticas, puedo señalar que la maternidad en el mundo indígena se configura como un espacio de conflictos, poder y tensiones no resueltas, puesto que se transforma en la vía de acceso que permite a la comunidad ejercer un control sobre la sexualidad de las mujeres. Esta búsqueda de control de la sexualidad por la vía de la maternidad, provoca en algunos casos que ésta sea percibida “como una forma de identidad global que se impone al sujeto” (Sáez, 2004:70). Esto, puede deducirse de los altos niveles de satisfacción que presentan las mujeres indígenas que se han practicado algún tipo de esterilización quirúrgica; pues, como veíamos anteriormente, sus tasas de fecundidad no coinciden con el número deseado de hijos. Por lo tanto, no es que las mujeres indígenas tengan una tendencia innata hacia la maternidad, sino que más bien existe un sistema social-comunitario que estimula la maternidad, en tanto permite tener un mayor acceso al control de sus cuerpos y de su sexualidad².

Así, las mujeres indígenas se ven impulsadas o forzadas a ejercer la maternidad, sin desarrollar aparentemente una agencia. Situación equívoca, ya que como demostraré en el Capítulo V, la maternidad se configura como un espacio de poder social que les permite un fuerte posicionamiento familiar y comunitario.

En este marco de tensiones, debo señalar que la maternidad es un punto de encuentro compartido, no sólo entre la comunidad y las mujeres, sino que también es un espacio donde se incorpora el Estado como un actor reelevante. Es improbable, desde el punto de vista de la salud, que este no busque alcanzar e intervenir estos cuerpos indígenas; es por ello que esta relación estará mediada siempre por la maternidad, y no por el control de la natalidad (no maternidad) en tanto política estatal, como veremos más adelante.

La pregunta central de la investigación ha sido: ¿cómo la sexualidad y el cuerpo de las mujeres indígenas se construyen como espacio de negociación de prácticas y discursos de la maternidad, elaborados por diversos actores, con especial atención a la comunidad y el Estado? El desarrollo y respuesta a esta interrogante me lleva a comprender la maternidad en el mundo indígena como espacio de tensiones no resueltas, cuyo producto es el comportamiento demográfico antes descrito.

De este modo, la presente investigación está enfocada en entender los procesos de negociación discursiva de la sexualidad femenina asentada en la maternidad, como modo de organización social, que finalmente se traduce como un control sobre la sexualidad femenina. Este hecho se asume como parte del rol reproductivo y biológico-social esperado y, a la vez, asignado a la mujer en la comunidad.

Discusión teórica

La construcción de un marco teórico me permite esclarecer mi hipótesis de si efectivamente la maternidad, como elemento significativo de una identidad de género ligada a la sexualidad, forma parte de la construcción de un discurso político cultural de producción obligada, como propone Butler (2002), que busca vigilar los cuerpos a través de un control de la sexualidad. La maternidad, para efectos de investigación, ha sido entendida no sólo como un elemento identitario de

género, sino como un elemento de construcción social en disputa, negociado mediante una política social discursiva que se encarna en el cuerpo de la mujer, cuyo resultado se refleja en prácticas y conductas adquiridas.

El presente debate teórico tiene un enfoque histórico sociocultural. Este enfoque me permitió conceptualizar la sexualidad como un elemento esencial de los modos de organización social, que busca controlar la sexualidad de las mujeres indígenas. Junto a ello, me permitió resituar la sexualidad y el cuerpo de la mujer indígena como un territorio en conflicto y tensión permanente, que forma parte de una construcción social.

Historización de los discursos sobre sexualidad

Para efectos de esta investigación, por discurso voy a entender la construcción de la realidad vía el lenguaje. Mis referentes teóricos para abordar este aspecto serán Foucault (1995) y Laqueur (1990), por ser los primeros teóricos que posicionan la sexualidad desde un enfoque histórico sociocultural. Este enfoque permite contextualizar la sexualidad como un elemento central de organización social.

Foucault (1995) pone en evidencia cómo durante el transcurso de la historia se ha intentado soslayar el tema de la sexualidad, cuya propuesta se sostiene sobre una falseada hipótesis de la represión. En base a esta afirmación, señala que, pese a que en muchas sociedades este tema sea reprimido, efectivamente siempre se ha hablado de la sexualidad.

Históricamente, la Iglesia Católica funcionó como uno de los principales represores y controladores de la sexualidad. Sin embargo, este mismo hecho hacía que, estratégicamente, el tema adquiriera presencia y se socializara bajo este aparente régimen represivo. De modo que la sexualidad se manifiesta en un marco “ilícito”, donde la represión se funda en base a un modo fundamental de organización, regida por las relaciones de poder, saber y placer, encontrándose condicionadas políticamente. Una herramienta teórica pertinente para este marco es la “biopolítica o biopoder” (Foucault, 1977). Concepto que, como señala Sáez, “es muy útil a la hora de analizar los procesos de producción de cuerpos y sexualidades. Cuya nueva tecnología de poder se apli-

ca al hombre viviente como masa” (2004:75). Por lo tanto, es la administración de la vida por el poder” (Sáez, 2004:74); aparece así el control del nacimiento, maternidad e infertilidad, entre otros temas.

Por su parte, Laqueur (1990) entrega elementos relacionados con la biología del sexo. Este punto lo desarrolla tras un análisis de las construcciones sociales, históricas y culturales con respecto al cuerpo. Así, da a conocer cómo los discursos en base a los modelos teóricos del sexo, vigentes en el siglo XVIII y XIX, se encontraban basados en la reinterpretación del cuerpo femenino en función del cuerpo masculino. En este marco, señala que “el lenguaje muestra el panorama de la diferencia sexual” (Laqueur, 1990:20), hecho que permite afirmar que históricamente se fue conceptualizando y construyendo el cuerpo de la mujer, mediante una interpretación teórica discursiva, cuyo principal objetivo fue establecer posibles vinculaciones entre placer y concepción.

Cuando, efectivamente, el discurso teórico basado en un modelo sexual establece que la mujer no necesariamente requiere de un orgasmo para poder concebir, cambia la visión y el discurso con respecto a la sexualidad. De esta manera, “la pretendida independencia entre generación y placer creó un espacio en que la naturaleza sexual de las mujeres podía ser redefinida, debatida, negada o limitada” (Laqueur, 1990:20). Desde este contexto teórico discursivo, se comienzan a establecer distintos mecanismos de control social, orientados a instaurar pautas capaces de disciplinar la conducta sexual de las mujeres.

Cabe señalar que, coincidentemente, en este momento de la historia se reforzó la idea de la maternidad, en un esfuerzo institucional (Iglesia Católica y Estado) por producir amas de casa, madres de familia y “mujeres limpias e higienizadas”. De hecho, Lavrin (1991) y Manarelli (1999) señalan que a finales del siglo XIX y comienzos del XX, en el caso de Perú, había una intención por parte del Estado de regular la vida de la mujer a través de un disciplinamiento sexual, abordado desde una perspectiva biológica de salud y educación que se desprendían de las políticas sociales de la época. Existía una clara tendencia a vincular sexualidad con enfermedad, debido al enfoque de políticas higienistas.

Así, histórica y socialmente el sexo fue adquiriendo connotaciones de “categoría normativa”, como señala Butler (2002), declarando que “existe un “ideal regulatorio” que norma la sexualidad y comportamiento de los sujetos”. Asimismo, esta autora considera que

El sexo no sólo funciona como norma, sino que además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna, es decir, cuya fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo: el poder de producir, demarcar, circunscribir, diferenciar, los cuerpos que controla (Butler, 2002:18).

Esto se logra mediante la ritualización de la norma y de los discursos. Así, el poder de los discursos fluye y produce una realidad que determina prácticas y conductas, tanto en hombres como en mujeres.

La teoría vigente en Europa en el siglo XV con respecto a la sexualidad, asumió ciertas particularidades que han tenido repercusión histórica en América Latina. El principal elemento estuvo dado por la presencia de población indígena, quienes aparentemente practicaban una “sexualidad salvaje” (Bartra, 1992), lujuriosa, apasionada, promiscua y exótica. En función de esta aparente realidad, se inicia un proceso de incorporación y construcción de un imaginario colectivo que “exotiza el cuerpo y sexualidad de la mujer indígena” (Bartra, 1992:3). Cobra interés, entonces, analizar cómo este discurso se plasma en los cuerpos de los sujetos y permite construir una realidad que, en la actualidad, norma tanto los comportamientos como son las prácticas sexuales de las mujeres indígenas.

Es así como las “prácticas reiterativas”, que señala Butler (2002), permiten que el discurso se torne cuerpo, normando prácticas y conductas sexuales, instalándose en el imaginario colectivo un “deber ser” en función de un discurso hegemónico impuesto, donde la sexualidad indígena se ha ido construyendo histórica y socialmente como parte de un cuerpo biológico- social, el cual necesita ser normado y controlado.

La sexualidad como modo de organización social

Un análisis enmarcado en un enfoque histórico sociocultural, permitió conceptualizar la sexualidad como un elemento esencial de los modos de organización económica y social, como señala Weeks (1998), que dan paso a la creación de teorías de estructuras determinantes, reafirmadas en suposiciones un tanto esencialistas. Esto se refiere, principalmente, a que la sexualidad se presenta como mandato biológico básico, que presiona contra la matriz cultural y que, por lo tanto, debe ser restringido por ella; determinando así la sexualidad como un

espacio configurado por las fuerzas sociales, que disputan y responden a determinados intereses. Por ello Weeks (1998), plantea que la construcción de la sexualidad comprende maneras múltiples en que nuestras emociones, deseos y relaciones, son configuradas por la sociedad en que vivimos. Incluso expresa que la sexualidad sólo existe a través de las formas sociales y su organización, de modo que no se puede hablar de sexo y sociedad como dos campos distintos o excluyentes.

En esta línea, es importante reflexionar en torno a las lógicas de poder imperantes que circulan y permean los discursos en función de la maternidad. En dicho sentido, asumo que adquieren singular importancia “los sistemas de signo en la relación estructural” (social) (Sáez, 2004:63). Pues, las dinámicas sociales propias de funcionamiento de las comunidades indígena, otorgan ciertos significados a la maternidad, construyendo un determinado discurso sobre la misma. Este discurso en las comunidades indígenas de la sierra ecuatoriana se refuerza de forma continua, por una necesidad implícita que busca mantener un cierto poder basado en el control sobre el cuerpo y sexualidad de la mujer indígena.

El presente debate se encuentra cruzado no sólo por elementos de carácter discursivo instalados en el imaginario colectivo, sino que también se encuentra intimamente ligado con el racismo y la exclusión como parte de una historia de segregación social, en la cual las comunidades indígenas se encuentran históricamente afectadas.

Sexualidad como espacio político: la maternidad

La maternidad, junto con formar parte de un discurso social hegemónico es un elemento constituyente de una identidad de mujer. La unión de ambos elementos construyen un sujeto mujer, maternal y reproductivo, que permite asimilar de forma positiva la fecundidad. Este discurso desplazado a las comunidades indígenas se ve reforzado, al ligar la identidad de mujer con el desempeño de un rol biológico social reproductivo, portadora de su cultura (Prieto et alia, 2005; Pequeño, 2007).

La maternidad se encuentra cruzada por el discurso social sobre ser madre y la maternidad, que traspasa fronteras sociales, económicas y étnicas. La importancia de esta tensión radica en “el concepto de

mediación simbólica asumido por la figura materna” (Lauretis, 1995: 284), sobre en el imaginario social a nivel de lo discursivo, por lo que se elabora un sujeto mujer que es “concebido sólo en relación con lo materno” (Lauretis, 1995:285), estructurando de este modo lo que Lauretis concibe como “un imaginario materno”. Estos imaginarios contruidos alrededor de la maternidad, adquieren matices diferenciadores según su contexto. Scheper-Hughes (1997) es una de las autoras que incorpora al debate de la maternidad, construcción y significado, el componente de clase. Así, la maternidad adquiere significados diferenciadores conforme a este sentido.

Las mujeres de clase media de Bom Jesús eran partidarias de la “planificación familiar” para ellas, pero eran incluso más fervientes partidarias del “control de la población” para las clases más pobres de la ciudad. Y mientras que las mujeres del Alto afirmaban enfáticamente que engendrar y criar niños era un “deber” femenino, las mujeres de la clase media y Alta de Bom Jesús veían la procreación como un “derecho”, que se podía ejercer cuando habían suficientes recursos para asegurar a cada niño una educación decente (Scheper-Hughes, 1997:325).

Esta afirmación es una clara evidencia de que los significados y re-significados que se le atribuyen a la maternidad, se encuentran entrecruzados por una serie de elementos sociales y culturales que generan prácticas y sentidos diferenciadores entre las mujeres. “El amor materno *no es* un amor natural; representa más bien una matriz de imágenes, significados, prácticas y sentimientos que siempre son social y culturalmente producidos” (Scheper-Hughes, 1997:329).

La maternidad, como elemento diferenciador de una identidad de género, puede ser asumido como recurso político reivindicador, según las características que asuma en determinado contexto, ya que, como señala Scheper-Hughes, el amor materno *no sería* un amor natural que emane de la condición del sujeto mujer.

El complejo de la maternidad puede constituirse en un espacio de negociaciones efectivas y de resistencias, ya que si bien “existe una vigencia que liga mujer/madre/naturaleza [...] las mujeres indígenas no serían sujetos pasivos de esta representación” (Prieto et alia, 2005:166), porque elaboran sus propios mecanismos para dar respuesta a dinámicas condicionadas por otros sistemas sociales. Es así como Butler señala que “frente a dinámicas impuestas se generan respuestas

de resistencia u oposición” (2002). Esta afirmación me incita a pensar que puede existir un desplazamiento de la posición de mujer frente a los discursos, evidenciando una agencialidad, que permite posicionar la maternidad como un espacio de poder. Con esto quiero expresar que, de constituirse en sujeto pasivo receptor de discursos, sus cuerpos son transformados en espacios de negociación y filtro de estos discursos que intentan regular los cuerpos. Así de algún modo, “esta regulación del cuerpo y comportamiento de las mujeres no es un proceso unívoco sino que aparece como un proceso de negociación entre sectores dominantes y las propias mujeres quienes resignifican” estos espacios discursivos (Prieto et alia, 2005:164).

Tenorio señala que en el contexto indígena “las concepciones sobre sexualidad se han modificado de manera importante en las últimas décadas y que probablemente los cambios más significativos tengan que ver con los nuevos sentidos de la maternidad y la paternidad” (Tenorio, 2000:54). Ahora bien, de cara a estos antecedentes, es necesario profundizar en éste aspecto, ya que la maternidad y paternidad se encuentran estrechamente relacionadas con el tema de la planificación familiar y, por lo tanto, con sistemas discursivos de anticoncepción, ausentes en este caso de las políticas públicas del Estado en Ecuador respecto a los indígenas. Este mismo autor señala en relación a los discursos sexuales institucionales dominantes, específicamente el religioso, que éste “construyó una férrea barrera ayudada por el aislamiento y por el sentido que la cultura le da a la sexualidad” (Tenorio, 2000:155), para influir posteriormente en el moldeamiento que determinan ciertas prácticas sexuales, especialmente presentes en la población indígena.

Se gesta en las mujeres, producto de factores externos, un impulso por cumplir y ejercer la maternidad, fruto de una presión social. Esta situación anula muchas veces la opción política de la mujer para decidir sobre su propio cuerpo y sexualidad. Se construye así una norma social indígena que “ve bien” a la mujer cuando es madre; “en este contexto el cuerpo físico de la mujer se convierte en un espacio práctico de control social y en una matriz identitaria para la totalidad del pueblo” (Prieto et alia, 2005:164). La maternidad, en este contexto, encarna el fin último de ser mujer. Por ello la representación simbólica de la mujer se encuentra muy atada a la naturaleza, asociándola como generadora de vida, vale decir, como un sujeto naturalmente reproductivo.

Es así como la maternidad se encuentra cruzada por una serie de elementos que influyen y moldean su significación y resignificación. Es por ello que

La cuestión de la “diferencia” fue un planteamiento central para mover las viejas maneras de analizar la maternidad. La evidencia de los efectos de la diversidad en las identidades raciales, étnicas, de clase, sexuales, de edad, de región y de nación, mostró claramente que el sentido de esta práctica está multideterminado y que debe ser estudiada localizada-mente (Palomar, 2005:52).

Así, “la mujer está ligada al ámbito comunitario y de vinculación con la naturaleza, estableciendo además una relación directa entre posición social de mujer/madre y la de transmisora cultural (Prieto et alia, 2005:167), a través de la maternidad, en un contexto de obligatoriedad, como es el caso del contexto indígena rural de la sierra.

Si se incorpora al debate de la maternidad la condicionante étnica, en un contexto rural comunitario, al concepto de clase que aborda y propone Scheper-Hughes (1997), se genera una dinámica social que mezcla una diversidad de elementos, donde el contexto de la pobreza y la supervivencia traza ciertos lineamientos que moldean en las mujeres indígenas rurales prácticas recurrentes de una maternidad frustrada, en contextos adversos, hecho que profundizaré más adelante.

Trata de las dimensiones individuales y personales, además colectivas y culturales, de las prácticas maternas dentro de un ambiente hostil a la supervivencia y al bienestar de las madres e hijos. Mi argumento es que la alta expectativa de mortalidad infantil es un poderoso determinante del pensamiento y prácticas maternas, algo que en particular se evidencia en el retraso con que se manifiesta el cariño hacia las criaturas, a quienes a veces piensa como “visitantes” transitorios de la casa (Scheper-Hughes, 1997:328).

Estrategia metodológica

Esta investigación está centrada en el campo de la intersección entre la sexualidad, la etnicidad/raza y el Estado.

La estrategia metodológica tuvo un enfoque etnográfico multilocal, como el que propone Marcus (2001). Esta metodología me pareció pertinente, puesto que la estrategia de investigación mira “la transformación de los sitios de producción cultural, lo que permite seguir un hilo conductor” (Marcus, 2001:113), que enlaza elementos o actores claves que estarán presentes a lo largo de la investigación; junto con ello, deja espacio para buscar rutas más abiertas y especulativas en el trabajo de campo. Este hilo conductor lo enlazo a través del seguimiento de las políticas de la salud, en tanto se cruzan con el tema de la sexualidad. Por lo tanto, hago un seguimiento del Estado central hacia la comunidad a través del enunciado de las políticas de salud, relacionadas con el control de la natalidad, desde el nivel central, luego local y finalmente en la comunidad.

Me interesa mirar cómo la producción cultural cambia al seguir la trayectoria de los enunciados de las políticas y la retórica de la sexualidad.

Esta estrategia metodológica “pone atención en lo cotidiano, en el conocimiento cara a cara con las comunidades” (Marcus, 2001:113). Pues, es precisamente en estos espacios donde se centró la investigación, en la búsqueda de esta relación que puede ser entendida bajo la comprensión de los comportamientos y conductas de lo cotidiano; es decir, del día a día, como un único mundo que se conecta con otros espacios sociales más amplios, porque hay un sistema que estructura instituciones y sistemas locales. Así, “la etnografía estratégicamente situada intenta entender de manera más amplia el sistema en términos etnográficos y, al mismo tiempo, a los sujetos locales” (Marcus, 2001:121); una mirada investigativa que busca observar las trayectorias desde un ámbito global hacia la resignificación de las lecturas que se establecen a nivel local. Es por ello que utilizar la etnografía multilocal como metodología, porque permite mirar “el movimiento entre lugares y niveles de la sociedad” (Marcus, 2001:123).

Por ello, en este marco me interesa mirar las trayectorias de los discursos hegemónicos del Estado y de las comunidades indígenas, como agentes sociales que permean y controlan las prácticas de la sexualidad femenina, a través del discurso de la maternidad.

Para hacer más descriptivo este punto, debo señalar que realicé un seguimiento a la trayectoria de las mujeres indígenas que se encuentran con el Estado y la comunidad por la vía de la maternidad. Este

hecho marcó un recorrido investigativo que me llevó a mirar al Estado como agente que busca controlar la sexualidad de las mujeres indígenas, a través del diseño y construcción de políticas de salud maternizadas. Luego, seguí estas políticas globales aterrizadas en el contexto local del Cantón Colta provincia de Chimborazo; allí miré como estas políticas públicas de salud eran leídas y resignificadas por los diferentes agentes como: mujeres indígenas kichwas pertenecientes a la nacionalidad puruhá de una comunidad y el propio hospital cantonal.

Es recién en este punto donde se genera el encuentro entre las mujeres indígenas de las comunidades rurales y el Estado, vía maternidad. Así es como el punto final y a su vez inicial de este recorrido está marcado por la comunidad y las mujeres indígenas. La comunidad, entonces, se transformó en un nuevo punto de partida, iniciando el recorrido nuevamente de forma inversa, para poder mirar la salida de las mujeres desde la comunidad, hacia el encuentro con estas políticas de salud estatal.

En estas diversas instancias se distinguen cuatro niveles:

- Estado central: seguimiento del enunciado de políticas públicas de salud, relacionadas con el control de la fecundidad. La recopilación de documentos y la realización de entrevistas me permitieron indagar cómo las políticas públicas abordan el tema de la sexualidad y control de la natalidad en la población indígena.
- Sistema de salud local: interiorización en el discurso del centro de salud comunitario, para analizar cómo son manejadas las políticas de salud de atención a la maternidad con respecto a las mujeres indígenas de los sectores rurales de la sierra. Para ello, entrevisté a las personas que laboran en el establecimiento público Hospital Cantonal de Colta. Allí también miré la práctica de atención, en lo referente a la calidad de los servicios de atención por concepto de maternidad y parto en mujeres indígenas.
- Comunidad: realización de entrevistas en profundidad a las y los parteras/os que brindan atención de parto en las comunidades. El objetivo fue conocer sus percepciones del por qué las mujeres optan por una atención comunitaria, en vez de la atención en un centro de salud.
- Respuesta de las mujeres (negociación del discurso): en este ámbito, entrevisté a mujeres indígenas madres jóvenes (entre 18

y 25 años de edad), jóvenes no madres (entre 18 y 25 años de edad), madres de mediana edad (entre 26 y 45 años) y madres mayores (de 46 años en adelante), pertenecientes a la comunidad. El objetivo de ello era comprender cómo la maternidad las sitúa en una determinada posición (inclusión-exclusión) en su comunidad, en función de la negociación corporal de los diferentes discursos hegemónicos.

Sinopsis de los capítulos

La presente tesis contiene seis capítulos distribuidos de la siguiente forma. Como ya se ha visto, el Capítulo I tiene como objetivo contextualizar al lector en la problemática planteada, que se sustenta en información estadística con respecto a los comportamientos demográficos, específicamente en temas de fecundidad. También ofrece una panorámica acerca de la discusión teórica en temas de control de la sexualidad femenina, como un modo de organización social. Igualmente, da a conocer y sustenta la estrategia metodológica utilizada en el trabajo investigativo.

El Capítulo II apunta a realizar el primer acercamiento a la problemática de la fecundidad, desde la mirada estatal. Para ello se explora la salud desde tres ámbitos: la salud y el movimiento indígena, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI), y la maternidad y políticas multiculturales

El Capítulo III explora cómo las políticas globales de salud son leídas y resignificadas en un contexto local, en función de la maternidad.

El Capítulo IV pretende dar cuenta de los puntos de encuentro y desencuentro entre el Estado y las mujeres indígenas vía maternidad, dejando en evidencia un escenario de tensiones que se teje alrededor de la fecundidad y la maternidad.

El Capítulo V busca evidenciar la tensión que existe entre las muertes públicas y privadas producto de la maternidad, de forma más compleja; pues, trata de evidenciar una maternidad frustrada de las mujeres indígenas donde tanto el Estado como la comunidad actúan como cómplices. Es el punto de encuentro entre ambas rutas de salud,

la pública (Estado) y privada (comunidad), con el objeto de alcanzar y controlar la sexualidad de las mujeres por la vía de la maternidad.

Finalmente, el Capítulo VI reúne las conclusiones y aportes de la presente investigación.

Capítulo II

Estado, salud y cuerpos indígenas

Introducción

El centro de interés de este capítulo son los avatares que ha experimentando el Estado ecuatoriano durante los últimos veinte años, con respecto a la interacción con los pueblos indígenas y sus movimientos sociales, con especial referencia al tema de la población (control demográfico) y la sexualidad.

La hipótesis central plantea que el tipo de relación Estado-comunidades indígenas se encuentra en pleno proceso de estructuración y consolidación. Este hecho permite conformar un escenario político-social, que -a mi juicio- ha sido posible gracias a la presencia de dos elementos importantes: las reformas del Estado (descentralización y modernización), junto a las demandas del movimiento social indígena del Ecuador.

La confluencia e interacción de ambos elementos, otorga ciertas particularidades a dicho proceso, cuya principal característica está dada por la existencia de una diversidad de elementos en pugna que se entrecruzan, generando tensión y respuesta por parte de ambos actores. En efecto, esta dinámica origina un escenario social complejo y ambiguo, cuya constante se traduce en negociaciones permanentes entre el Estado y las comunidades indígenas.

Para efectos del tema convocado en este capítulo, se analizarán dos dispositivos sociales del Estado: salud indígena y Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI). La perspectiva de

análisis se encuentra focalizada en la población indígena de los sectores rurales de la Provincia del Chimborazo.

El Estado, mediante estos dos dispositivos de poder que en la actualidad aborda desde el área de la salud, da cuenta de una serie de nuevas estrategias de intervención. Éstas se encuentran en vías de construcción, por lo que presumo que a largo plazo permitirán al Estado una consolidación pública en el sector rural, específicamente, en las poblaciones indígenas.

Durante largo tiempo se ha obviado la relación que existe entre el Estado y los cuerpos indígenas. Para muchos analistas sociales y agentes de intervención, tras las prolongadas ausencias de intervención por parte del Estado, esta relación ha permanecido bajo el velo de la invisibilización. Producto de este hecho, los pueblos indígenas han funcionado como sociedades paralelas donde “el Estado ha tenido una presencia muy escasa en las regiones más apartadas y de difícil acceso, muchas de ellas pobladas mayoritariamente por indígenas y en las cuales se establecieron diversas formas de autogobierno de facto” (Meentzen, 2007:14).

La distancia geográfica deviene en un sentido de abandono, en tanto la dificultad institucional se traduce en un no otorgamiento de condiciones de bienestar en las comunidades rurales indígenas. Esta situación forja y refuerza un sentido de abandono social en las comunidades, que se acopla a una retórica de inclusión, ausente de acciones y hechos, por lo que termina siendo excluyente. Estos costes sociales no son asumidos por el Estado; muy por el contrario, esta retórica solo ha logrado fomentar una institucionalidad discriminatoria, carente de actores.

En la medida en que el Estado se esfuerza por incrementar su presencia en las regiones más apartadas y fronterizas, surge la necesidad de redefinir la relación entre éste y la autogestión indígena en las comunidades y pueblos de estos territorios (Meentzen, 2007:14).

Aguirre alude a este hecho indicado que los sistemas de intervención del Estado, pese a que este tiene “una identidad definida como multicultural”, “actúan de forma ciega ante las diferencias, étnicas y culturales” (Aguirre, entrevista, 2008).

El Estado, por su parte, está permanentemente “hablando” respecto al cuerpo, la salud y la sexualidad; “la voz del Estado es la mayoría de las veces sutil, casi imperceptible, y se encarna en el cuerpo de los sujetos que gobierna a través de una serie de tecnologías” (Echazú, 2006:3). Estas técnicas están diseñadas de tal modo, que le permiten buscar formas y estrategias de llegar a estos cuerpos, gobernarlos e intervenirlos, desde la óptica del control de la sexualidad. Una de estas técnicas, por ejemplo, es el diseño y construcción de políticas estatales adoptadas para el control de la fecundidad, que se caracterizan principalmente por poseer un enfoque universal y homogéneo, que engloba a la población en su totalidad. Sin embargo, de forma solapada, vemos que las políticas de control de la fecundidad para la población indígena son políticas maternalizadas, a diferencia de las dirigidas a otros grupos sociales, como blancos y mestizos. En este sentido, la especificidad identitaria del Ecuador de constituirse en un Estado multicultural, se ve contrariada, pues el Estado se manifiesta como agente dominador que fomenta ciertas pautas de conducta que lo favorecen.

Y es que se sabe de sobre que en la relación intercultural el dominador dicta las pautas de conducta, que aquí no es otra cosa que obligarlo a adaptarse al modo de ser del “otro”. Una cultura que ha vaciado de contenido el silencio no puede entender su valor denigrando todas sus manifestaciones (Aguiló, 1992:179).

La ausencia conceptual de multiculturalismo en las políticas públicas, deja fisuras en la formulación de estrategias de intervención que faciliten la llegada de estas políticas a las comunidades indígenas. Conjeturo que este hecho tiene sus propias secuelas. Una de ellas, es que el multiculturalismo se transforma en una retórica Estatal, que hace más difícil y compleja la inclusión de los cuerpos indígenas a un sistema de intervención desde el ámbito de la salud-Estado. Por su parte, las comunidades indígenas ciertamente forjan sus propias respuestas frente a esta situación; la más evidente es su resistencia a formar parte del sistema de intervención estatal, optado más bien por la atención comunitaria. En este escenario, la retórica estatal de inclusión multicultural, desde la entrada de salud vía la maternidad, forja secuelas para las mujeres indígenas, que se ven reflejadas en la llegada tardía de un Estado que perpetúa la muerte en la maternidad, encarnada en

los cuerpos de las mujeres indígenas. Las principales manifestaciones de este hecho se dan a través de los procesos y rutas de discriminación presentes en los sistemas de salud pública, a los cuales son sometidas las mujeres indígenas.

De este modo a través del control y la discriminación se plasman las tensiones público-privadas que se generan en torno a la maternidad indígena como un modo de control social sobre la sexualidad de las mujeres indígenas por parte del Estado. Las estrategias de acción, servicio y atención por parte del Estado en cuanto al control demográfico anterior a los años '90, se caracterizaban por ser de largo plazo y fragmentarias; vale decir, regía la “existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones generalmente ‘especializados’ en diversos segmentos de la población por lo general determinado por nivel de ingresos” (Villacrés y Yépez, 2002:9). Asimismo, eran discontinuas y segmentadas, porque existían “muchas entidades no integradas en un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas” (Villacrés y Yépez, 2002:9). Frente a la diversidad cultural imperante en el país, estas políticas de control demográfico no encontraron el ajuste necesario que les permitiera llegar a las poblaciones indígenas. Por consiguiente, como estrategia política, resulta viable señalar que el Estado habría incurrido en una histórica invisibilización de las comunidades indígenas de los sectores rurales.

En un contexto global, la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador en los años '90, provocó un giro con respecto a las políticas públicas enfocadas hacia el control demográfico. Apareció un nuevo escenario político social, que impulsa a establecer nuevas relaciones entre el Estado y sociedad, en torno al ámbito de la sexualidad y la reproducción. Este se perfila, según León (1999), como un tema relacionado directamente con asuntos de democracia, ciudadanía, equilibrio económico y bienestar. En este plano, las políticas públicas se diseñan en función de concebir a los sujetos como ciudadanos de derechos en dicho ámbito.

Pese a la existencia de esta reformulación en la concepción de sujeto receptor de políticas públicas, en temas de reproducción, el Estado, en un primer momento, imprimió una relación trivial con respecto a las comunidades indígenas rurales, en cuanto a fertilidad –

maternidad. Esta relación, marcada por la ausencia de intervención estatal, pareciera constituirse en una primera condicionante que permitió a la población indígena asumir su propia dinámica frente al tema de la reproducción que, evidentemente, se encuentra permeada por ciertas prácticas culturales respecto del tema.

De este modo, podría señalar la existencia de dos momentos en la interacción Estado-comunidades indígenas, en temas de salud sexual y reproductiva. Un primer momento estaría dado por la ausencia de intervención, mediante la homogenización y universalización de sus políticas públicas, que de algún modo justifican la no pertenencia de las comunidades indígenas rurales con respecto a los sistemas de salud estatal y, por lo tanto, su exclusión, marginación y resistencia frente al mismo. Y un segundo momento dado igualmente por la universalización y homogenización de las estrategias de intervención en salud, pero con la particularidad de que en esta fase el Estado ha sido capaz de erigir de forma implícita un perfil basado en la exclusión social, que ‘habla’ de un sujeto ‘mujer indígena rural’, dadas las características que conforman los criterios de focalización para su asignación presupuestaria.

La ejecución de esta estrategia permite afirmar y confirmar que, si bien el Estado ecuatoriano por un largo periodo no intervino en este segmento de la población, ésta situación está en la actualidad en proceso de reversión.

Técnicamente, esta estrategia de intervención estatal hoy en día está siendo llevada a cabo mediante la implementación de dos mecanismos: la focalización y la vulnerabilidad social. Ambos mecanismos permiten perfilar a individuos indígenas de sectores rurales, bajo el amparo de los dispositivos de salud como son la ‘salud indígena’ y ‘Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia’. Este mecanismo implica concentrar la inversión en una población seleccionada según determinadas características, con el propósito de elevar el impacto potencial por beneficiario. El mecanismo más idóneo depende en gran medida del tipo y escala de los beneficios involucrados.

En términos generales, se pueden distinguir los mecanismos de focalización siguientes:

- Focalización geográfica
- Focalización por tipo de beneficiario

La focalización territorial realizada por el Frente Social establece:

- Prioridad 1: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres mayor o igual a 80%.
- Prioridad 2: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres entre 60 y 80% (Villacrés y Yépez, 2002: 62).

Mediante la implementación de estos mecanismos de focalización, el Estado busca facilitar y priorizar la inclusión de las mujeres indígenas rurales al sistema de salud estatal. Sin embargo, la implementación de este dispositivo pareciera no estar logrando su objetivo. De hecho, las estadísticas evidencian que las mujeres indígenas de los sectores rurales aún se mantienen al margen del sistema de salud pública. Esto, como se verá en las páginas siguientes, se refleja en los escasos porcentajes de acceso y atención, junto con los altos niveles de mortalidad materno-infantil existentes en este segmento de la población.

La segunda estrategia de intervención estatal para llegar a este grupo social, ha sido establecer un perfil de exclusión social y vulnerabilidad en salud, que le permita dar prioridad de intervención.

Se acuerda, además, que la exclusión es una categoría que se centra en acceso, es decir es una consecuencia, por lo tanto, lo importante es definir la magnitud de los riesgos y vulnerabilidad en salud que permita identificar no sólo la exclusión sino las prioridades de intervención en poblaciones específicas (Villacrés y Yépez 2002: 62).

Cómo entender que, pese a que la Provincia de Chimborazo reúne los requisitos de focalización para ser prioritaria en temas de intervención estatal³, esto no ocurre. No se trata de que el Estado esté siendo ciego frente a las demandas y necesidades de estas localidades, sino que la estrategia presupuestaria está siendo asignada 'contrademanda', vale decir, mediante una especie de reembolso que se otorga a los centros y subcentros de salud, luego de brindar el servicio y atención de salud. La escasa incidencia de las mujeres en la demanda de salud pública vía maternidad, suscita producto de este sistema de reembolso un déficit presupuestario a nivel local.

Sin embargo, se advierte que la Provincia de Chimborazo, mediante su caracterización social, se ha transformado -por antono-

masia- en un foco de intervención para el Estado. No obstante, no ha sido posible llevarlo a cabo. Esto se debe a que tanto mujeres como hombres indígenas de los sectores rurales, no están demandando los diferentes servicios de atención que oferta el sistema de salud pública.

Es preciso decantar las dinámicas con respecto a los temas de natalidad y fertilidad, debido a que, como se ha mencionado, manifiestan comportamientos diferenciados en los distintos grupos sociales, producto de la desigual intensidad de intervención estatal.

Es así como, estadísticamente, tenemos datos que marcan notorias diferencias entre blancos, mestizos e indígenas, con respecto a la fecundidad y reproducción. Como ya se ha mencionado, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en el periodo de 1999 al 2004, ascendió a un 4,9 (ENDEMAIN, 2006:28). Esta TGF puede considerarse alta al ser comparada con la población blanca y mestiza: 2,9 y 3,1 respectivamente (ENDEMAIN, 2006:28). Estos datos emanan de prácticas sociales y culturales que dan cuenta de un tipo de relación incluyente/excluyente, establecida con el Estado a lo largo del tiempo.

Esta situación se ratifica a través de los datos existentes de atención del parto. El porcentaje de mujeres indígenas que atendieron sus partos en el hospital del Ministerio de Salud Pública (MSP) fue de un 21%. En cambio, supera considerablemente los promedios nacionales la atención en casa con partera calificada (19%) y con partera no calificada (8%). Por otro lado, las mujeres mestizas tienen sus porcentajes semejantes o superiores al promedio nacional. En el país, la atención profesional del parto es del 74% y el parto domiciliario de 24%. La relación se invierte para los partos de las madres indígenas, donde el parto profesional es del 30% y el domiciliario del 69% (ENDEMAIN, 2006).

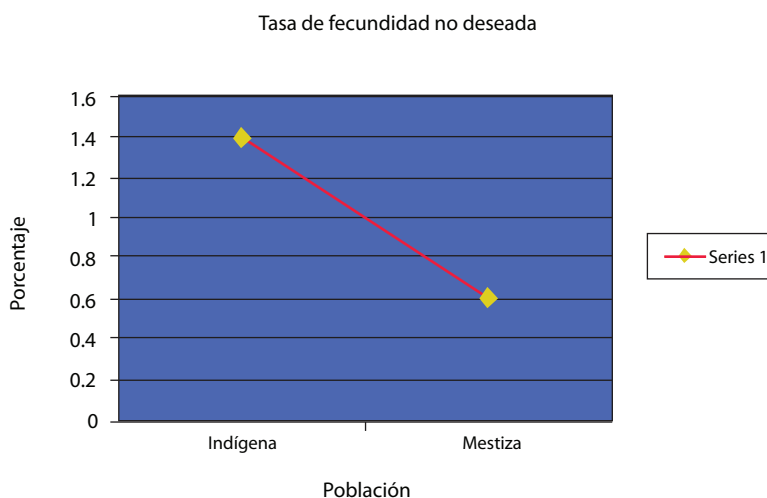
Datos oficiales referidos al tipo de parto, servicio y atención, dan cuenta que las mujeres indígenas tienen una tasa de parto vaginal de un 94% y de 6% de partos por cesáreas. Estos antecedentes son la primera referencia que indicaría una eventual inaccesibilidad a los servicios de atención médica y de salud por parte de las mujeres indígenas. Las mujeres mestizas tienen las tasas más altas de cesárea, con un 28%, al igual que la población blanca con 38% hecho que concilia con el abuso de prácticas quirúrgicas por parte de ambos grupos (ENDEMAIN, 2006). Estos datos dejan entrever la estandarización existente en el acceso a servicios de salud por grupos blancos y mestizos, y configura una relación en base a interacciones ya establecidas entre el Estado y los

sujetos de estos grupos. Así, esta información permite discutir y cuestionar la interacción que se establece entre el Estado y la población indígena.

Siguiendo con estos antecedentes, tenemos que en el país el 36% de las parturientas tienen control posparto. Antes de cumplir los 41 días, lo tiene el 25% y el 11% después de este lapso. Las mujeres indígenas solo tienen este control en un 15%, esto es, 21 puntos porcentuales menos; en forma precoz (11%) y en forma tardía (5%) (ENDEMAIN, 2006). Es importante señalar como antecedente preliminar, que uno de los propósitos de este control “es promover la información y oferta de los servicios de planificación familiar [como parte de los lineamientos estratégicos de intervención del Estado en temas de políticas de salud y planificación familiar]” (ENDEMAIN, 2006). Este control es una instancia clave para poder definir el incorporarse a algún tipo de sistema de planificación familiar. No obstante, el porcentaje de mujeres indígenas que accede a este servicio es inferior a los otros grupos sociales. Esta situación se ve reflejada posteriormente en sus tasas de fertilidad. Por ello, como evidenciaré más adelante, en el caso de la población indígena rural, las políticas de salud públicas están orientadas hacia la maternidad, antes que encaminadas a una maternidad controlada mediante el uso de anticonceptivos.

Uno de los principales resultados de este comportamiento, es que las mujeres indígenas son las que poseen las tasas más altas de fecundidad no deseada, 1,4 por 1.000 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, al ser comparada con la población mestiza que alcanza solo un 0,6 (ENDEMAIN, 2006:28). Así, la tendencia de fecundidad de las mujeres indígenas, como se observa en el gráfico, tiene una inclinación negativa hacia la variable. Acentúo el hecho de que coexisten factores sociales y culturales, que influyen en las mujeres para que éstas tengan una cantidad mayor de hijos de lo deseado.

Gráfico 1
Tasa de fecundidad no deseada



Fuente: ENDEMAIN, 2006.

Otro de los resultados asociables a este comportamiento, son las altas tasas de mortalidad materno-infantil que presentan las mujeres del Ecuador. Para el 2004, estas cifras alcanzaban un 85,6 de cada mil nacidos vivos, y los porcentajes de muerte por causa materna en general, alcanzaban el 3,4% para ese año, cifra que se encuentra sobrepasada por los porcentajes de mortalidad materna que representa el 50,7 por 100.000 nacidos vivos, considerada alta en comparación con otros países de Latinoamérica⁴. Estos porcentajes se ven fuertemente acentuados en poblaciones indígenas de los sectores rurales. Esta situación se debe a innumerables factores de carácter socioeconómico, de vulnerabilidad y de acceso.

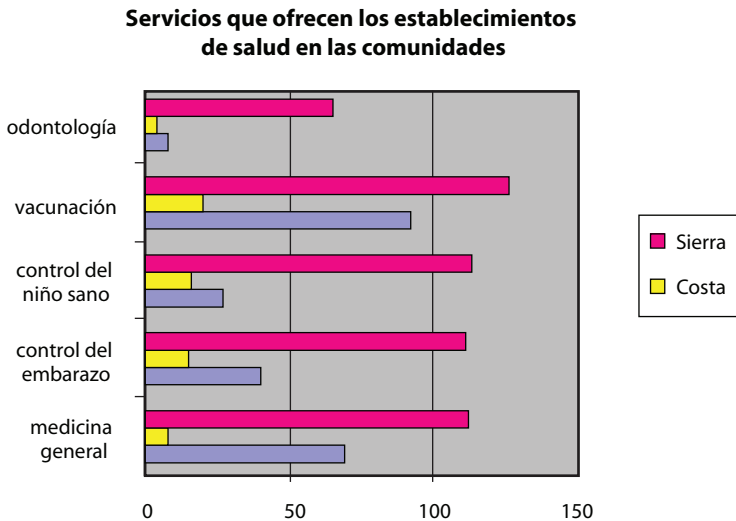
La naturaleza de estos comportamientos no obedece solo a causas individuales o colectivas derivadas de las comunidades, sino que más bien se observan como efecto de la relación entre indígenas y Estado, forjada a través del tiempo, cuyo punto de interacción es la

maternidad. La fertilidad reconceptualizada como maternidad es el punto de conexión entre tres agentes presentes en este escenario: Estado, mujeres indígenas y comunidad.

La oferta de servicios en salud pública por parte del Estado, tiene una connotación significativa y representativa. Es a través de los centros y subcentros de salud⁵, que el Estado puede concertar estrategias de intervención que le permitan llegar a los cuerpos indígenas de los sectores rurales, los que presentan la mayor resistencia de inclusión al sistema de salud.

Como se visualiza en el Gráfico 2, la región Sierra es la que presenta mayor cantidad de servicios de salud. Esto se entiende en la medida que esta región es la que concentra los más altos porcentajes de población indígena rural y los más bajos porcentajes de acceso y atención de salud.

Gráfico 2
Servicios que ofrecen los establecimientos de salud en las comunidades por cada 100 habitantes



Fuente: SIISE, Ecuador, 2006.

De esta información se colige que las mujeres de las comunidades indígenas, especialmente de los sectores rurales de la sierra, están accediendo en porcentajes muy ínfimos a los sistemas de salud, para recibir servicios y atención por temas de maternidad.

Según estos presupuestos, es interesante preguntarse por la relación Estado – Comunidades. ¿Será que, efectivamente, las poblaciones indígenas han sido parte de las dinámicas y estrategias de intervención estatal con respecto al control demográfico y planificación familiar? ¿O, más bien, existe una cierta resistencia social por parte de las comunidades indígenas, hacia el Estado para que sus cuerpos no sean intervenidos por éste a través de la inclusión a sus sistemas de servicio y atención de salud? De ser así, ¿cuál es la agencia o respuesta de las mujeres indígenas rurales de la sierra frente a estas dinámicas?

Movimiento indígena y salud

Carvajal (2004) plantea la presencia del movimiento indígena en la escena política ecuatoriana, a partir de la marcha nacional de 1990. El análisis de los elementos contextualiza la principal expresión política que les permitió acceder al ‘movimiento indígena’ a la historia republicana.

El recorrido y los desenlaces de este proceso no sólo son importantes para el movimiento indígena organizado en la CONAIE, no sólo son de interés para los miembros de Pachakutik, sino que tienen un impacto mayor en la organización de las fuerzas políticas de la llamada “tendencia de centro-izquierda”, así como en las formas y en los contenidos de la participación política del movimiento indígena y de algunas organizaciones campesinas y urbanas que son sus aliados inmediatos (Carvajal 2004:6).

En el plano nacional, existía un gran descontento con el gobierno de turno de Lucio Gutiérrez⁶. Por esta razón, la propuesta indígena se configuró como un proyecto de reforma política democrática, lo que permitió al movimiento ganar cierta fuerza y simpatía entre los sectores medios urbanos, y, principalmente, serranos.

El objetivo central de la propuesta electoral Sociedad Patriótica–Pachakutik fue constituir un gobierno sustentado en una alianza política democrática, con amplia base social, que marque cambios substanciales en los estilos de gestión y en la orientación de las políticas públicas. La propuesta se articuló en torno a algunos ejes políticos declarados públicamente y a otros que permanecieron implícitos: lucha contra la corrupción, recuperación de recursos de los deudores de la AGD, promoción de amplios acuerdos nacionales, reforma del Estado, principalmente del Congreso y del sistema de administración de justicia, modificación del sistema de renovaciones de organismos públicos a través de la representación de los partidos tradicionales, privilegio de las inversiones sociales, recuperación de la producción nacional, apoyo a las micro-empresas, reducción de las tasas de interés y soberanía en las negociaciones con los organismos multilaterales, consolidación de la participación indígena en las instituciones públicas, como parte de su estrategia política de democratización del Estado (Carvajal 2004:6).

Sin embargo, cabe señalar que dentro de las prioridades del movimiento indígena no se lograba visualizar el tema de la salud como una necesidad particular. Pese que existió una clara intención de lograr cambios sustanciales en las políticas públicas, el hecho no pudo ser plasmado en la realidad.

En el año 2002, el Estado ecuatoriano resolvió establecer un nuevo departamento en el Ministerio de Salud Pública para la salud de los pueblos indígenas, como una forma de efectivizar ciertas demandas impulsadas por el movimiento indígena. Se crea de este modo la Dirección Nacional de Salud Indígena (DINASI). Este hecho se configuró “como una lucha de carácter institucional del movimiento indígena” (Macas, 2002:4).

Se advierte que, pese a la existencia y avances de la institucionalización del tema de salud indígena, éste no deja de adolecer de cierta complejidad. Esto, debido a que no se ha logrado una congruencia entre los mandatos de la normatividad y la práctica. Lo último posibilita que el multiculturalismo se transforme en una retórica estatal, que se difumina sin tener un mayor impacto en las comunidades. En este contexto, cabe preguntarse: ¿cómo afecta esta situación a las mujeres indígenas? Por un lado, existe un movimiento indígena que, de algún modo, ha logrado tener injerencia en el plano nacional, y que está en un permanente diálogo político y de reivindicación con el Estado,

generando espacios que permiten negociar las necesidades de las comunidades, sin distinción de género. Por otra parte, tenemos un Estado que mira los cuerpos indígenas con el objeto de alcanzar a las mujeres indígenas rurales vía la maternidad. Sin embargo, el resultado es que las mujeres continúan permaneciendo en una estructura de salud carente de una plataforma comunitaria-estatal que les permita disminuir los índices de mortalidad materno- infantil existentes en las comunidades.

Los procesos de normativizar los acuerdos y transformarlos en leyes, parecieran ser una constante que caracteriza los principales avances en temas de salud indígena. El principal vacío que resulta de esta dinámica, es el distanciamiento entre la norma y la práctica. En efecto, da lugar a grietas en el sistema de salud, reflejadas en los escasos porcentajes de acceso y atención de la población indígena.

Pese a ello, no se pueden obviar los mandatos vigentes aprobados recientemente en la nueva Constitución Política del Ecuador [de 2008], cuyas disposiciones hacen referencia a los derechos “colectivos” de las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas del país. En el Título II del Capítulo Cuarto, se declara:

- Art. 57: Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, de conformidad con la constitución y con los pactos, convenios, declaraciones, y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, los siguientes derechos colectivos...”
- Inciso 2: No ser objeto de racismo y de ninguna forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica o cultural.
- Inciso 12 : Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos, sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y flora (Constitución de la República del Ecuador 2008:32).

La principal tensión que se origina en este ámbito es que, pese a la existencia de un mandato legal, éste no es llevado a cabo, y son precisamente las mujeres indígenas quienes se ven mayormente afectadas por dicha situación. Esto se visualiza principalmente en dos aspectos relacionados, los que están vinculados al acceso y la discriminación en la salud.

En cuanto a la salud, la actual Constitución expresa:

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante prácticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente y oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de la equidad, la universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Constitución de la República del Ecuador, 2008:21).

Por su parte, la estructura de la política de salud intercultural establece lo siguiente:

- Creación de una comisión intercultural en el Consejo Nacional de Salud.
- Posicionamiento del proceso de salud intercultural en la estructura sistémica del Ministerios de salud publica desde la diversidad.
- Reformas constitucionales y legales para el ejercicio de las prácticas y saberes de los sanadores de la cultura sanitaria diversa.
- Mapeo y construcción de redes de sanadores de las medicinas tradicionales indígenas.
- Adecuación cultural de la calidad de los servicios.
- Determinación de perfiles epidemiológicos y culturales y protocolización de las intervenciones de las medicinas tradicionales.
- Desarrollo del talento humano con valores y formaciones de redes culturales solidarias.

- Construcción de la comunicación alternativa e intercultural.
- Construcción de modelos integrales y diferenciados según demandas culturales.
- Fortalecimiento de la vigilancia sanitaria con variables étnicas.
- Generación de fondos nacionales para salud y desarrollo intercultural de los pueblos y Nacionalidades.
- Fortalecimiento de la cooperación interna y externa para intervenciones prioritarias (Naula, s.f : 17-18).

El día 09 de enero de 2008 el periódico *Los Andes* del Cantón Riobamba, da cuenta de las resoluciones de la Asamblea de la Confederación de las Nacionalidades de la Amazonía Ecuatoriana (CONFENIAE) y de sus principales acuerdos de la comisión permanente de salud:

Que los funcionarios cumplan su rol, que los coordinadores de la Dirección Provincial de Salud Indígena, D.P.S.I en coordinación con la Dirección Nacional de la D.N.S.I diseñen directrices y políticas de autonomía sobre la salud tradicional de las Nacionalidades, exista coordinación participativa permanente en cada una de las Nacionalidades y en sus respectivas coordinaciones Provinciales, crear el marco legal de los conocimientos tradicionales y los recursos genéticos de las Nacionalidades y los Pueblos Indígenas para su protección y patente con derecho propio de las Nacionalidades, valoración para el uso y aplicación sobre la medicina ancestral de las Nacionalidades, inclusión en planes y programas de la E.I.B como pensum de estudios sobre la medicina tradicional, aplicación de talleres en temas de salud indígena en cada una de las Nacionalidades, la asamblea de las bases designará a los promotores y funcionarios de salud, promover el manejo sostenible sobre los bienes naturales, asignación de recursos económicos para proyectos de salud integral, diseño de macro proyectos para apoyar y fortalecer la transmisión de conocimientos tradicionales ancestrales, sobre los proyectos medicinales en las comunidades de acuerdo al derecho propio, establecer mecanismos de interrelación con organismos seccionales para consecución de recursos económicos, exigir al Estado central para que asigne recursos económicos necesarios a la Dirección Nacional de Salud Indígena, que el ECORAE de prioridad con el financiamiento a los proyectos de la salud (*Los Andes*, enero 09, 2008).

Estas resoluciones de asamblea tienen la particularidad de transformarse en un petitorio de normatividad. Denota un vacío de iniciativas o propuestas indicativas de algún tipo de acción, que permita estructurar estrategias de seguimiento para que las demandas interpuestas sean efectivamente concretadas. En esta línea, sucede lo siguiente:

Para pensar en la situación de salud de los pueblos indígenas es necesario reconocer que los datos epidemiológicos, la organización y calidad de los servicios de salud y las relaciones entre los profesionales de salud y las comunidades indígenas no son 'hechos sociales' que pueden contemplarse como cosas: están, en gran parte, determinadas por el contexto de las relaciones interétnicas (Echazú 2006:1).

La relación dada entre Estado-salud-comunidad, se encuentra marcada por el poder o la violencia institucional en el cuerpo de los hombres y mujeres indígenas, como punto más cercano a la correlación planteada. El Estado, como he dicho antes, está permanentemente 'hablando' sobre el cuerpo, la salud y la sexualidad; por ello, se debe poner especial atención a los dispositivos de poder basados en la salud y reflejados en las políticas públicas de intervención estatal. Éstas tienen un objetivo y una direccionalidad.

En razón de ello, planteo que el Estado, a través de sus políticas de salud, como la medicina intercultural o indígena y la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, busca llegar a estos cuerpos para intervenirlos, dominarlos y clasificarlos de algún modo. Esta estrategia de intervención estatal pensada para los cuerpos marginados del sistema, se realiza mediante una idea de vulnerabilidad social, que permite finalmente legitimar su intervención normalizadora sobre los cuerpos indígenas. La generación de intereses sobrepuestos produce resistencia y conflicto en la interacción Estado-comunidades; no obstante, el nudo que los ata es el control de los cuerpos de las mujeres por la vía de la maternidad.

Las nociones de hegemonía y subalternidad organizan nuestra comprensión de la configuración de fuerzas (actores, instituciones, mediadores, auxiliares, sujetos a intervenir) situadas socialmente y encaminan la comprensión de los procesos que en ella ocurren: intervenciones sobre los cuerpos apropiación de las experiencias de sufrimiento-placer

y de la vivencia de determinados itinerarios corporales, silenciamiento u olvido de memorias diversas/particulares de lo referente a los procesos (Echazú, 2006:2).

Producto del levantamiento indígena, en la actualidad nos encontramos frente a un nuevo paradigma que ve como viable una alternativa de intromisión directa del Estado y su sistema político en las comunidades. Este paradigma se encuentra solapado en otro (por ello la dificultad en visualizarlo), que tiene que ver con los procesos neoliberales, modernización y descentralización del Estado, generando “técnicas de control en pequeña escala” (Echazú, 2006:6).

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y población indígena rural

La maternidad pareciera ser un tema que se posiciona no solo como parte de una identidad mujer, sino también como una identidad más amplia, ligada a dinámicas sociales y comunitarias que derivan en una determinada relación con el Estado y sus concepciones sobre la vida y la muerte.

Los sectores rurales son acreedores de una serie de características de postergación social, encontrándose sobreexposados por la presencia de altos índices de pobreza, marginación y exclusión social. Coincidentemente, son sectores que albergan los mayores porcentajes de asentamiento de población indígena: “según datos del censo 2001, la población indígena representa el 6,83% y la afro el 4,97% de la población nacional [...] la población indígena reside principalmente en la zona rural, representando el 82%” (Grupo Faro, 2007:9).

Esta idea, de postergación social y exclusión de los sectores rurales, es compartida por el ex ministro de Bienestar Social, Rubén Barberán, quien en el seminario *Políticas públicas para pueblos indígenas en el Ecuador del siglo XXI* manifestaba:

En la geografía de la pobreza y la marginalidad en Ecuador, son los pueblos indígenas quienes tienen su expresión más cruda, pues en sus territorios se observan los peores niveles de pobreza y exclusión en Ecuador. Los niños y las mujeres indígenas se mueren primero en el

Ecuador. Hay una enorme incapacidad de pensar las políticas públicas ‘desde’ los pueblos indígenas. Todo parece ser una concesión, una dádiva y no un reconocimiento (Flores, 2007: 21).

En el caso de salud materna, como consta en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, tiene por objeto principal disminuir los altos índices de mortalidad materno-infantil. Estas cifras para el año 2004 en la Provincia de Chimborazo, alcanzaban un 85.6 por cada mil niños nacidos, mientras que los porcentajes de mortalidad materna en general llegan al 3,4%. Por ello, en base a criterios de focalización, la Ley señala que “se priorizarán las áreas geográficas con mayores tasas de mortalidad materno infantil y las más deprimidas económicamente” (LMGYAI, 2007:20). Estos criterios constituidos como una estrategia estatal de intervención, están basados en la focalización y vulnerabilidad de cierto perfil poblacional. Son precisamente estos criterios los que determinan la prioridad en la asignación presupuestaria, que permite el real funcionamiento de la Ley.

Aludiendo principalmente a los sectores rurales, la lógica indicaría que estos sectores deberían constituirse en los centros prioritarios de intervención pública estatal. Sin embargo, esto no siempre es así, puesto que las zonas rurales son las que tienen los más bajos índices de asignación presupuestaria. Como por ejemplo la Provincia de Chimborazo, que presenta la mayor postergación social, reflejada en los altos índices de pobreza y mortalidad materno-infantil. Estos indicadores se encuentran muy por debajo con respecto a los niveles de acceso al mismo sistema de la población urbano blanca – mestiza.

Pero existe un antecedente que debe ser incorporado en este análisis y es el hecho de que las poblaciones urbanas blanca-mestizas, tienen una interacción más cercana y permanente con el Estado, formando así parte de su sistema de intervención, lo que facilita su inclusión y acceso a los dispositivos de salud que éste oferta.

Conforme a la modalidad de funcionamiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, el desembolso presupuestario, responde a una especie de contrademanda; vale decir los centros y subcentros de salud solicitan reembolso posterior a otorgar una atención y entrega de servicios. “La asignación de presupuesto se realiza en base al número de atenciones prestadas en los centros de

salud, sin mirar las necesidades locales realidades geográficas o perfiles demográficos de cada población” (Grupo Faro, 2007:4).

Ahora bien, si la Provincia del Chimborazo refleja déficit presupuestario, es porque las mujeres por diferentes razones no están demandando ni accediendo a los servicios y atenciones que otorga la mencionada ley.

En la asignación de recursos, un porcentaje considerable de las 18 provincias presentan un déficit, un tercio de estas muestra uno superior al 20%, la provincia del Chimborazo presenta -4%, lo que trae como consecuencias para las mujeres la “eliminación de la gratuidad del servicio generando pago por parte de las y los usuarios para cubrir las necesidades de insumo, medicamentos y transporte (Grupo Faro, 2007:5).

Esta dinámica un tanto contradictoria, en palabras de Aguirre, en términos de salud “es un gran avance, sin embargo, existen diferencias, en el ámbito rural hay una gran brecha a nivel materno infantil, pues existe un porcentaje alto de muertes en la zona rural” (Entrevista, 2008). La brecha a la cual se hace alusión conforma una vorágine difícil de dilucidar, porque si bien existe esta clara intencionalidad por parte del Estado de llegar a este grupo poblacional, perfilando un sujeto determinado, ese sujeto ‘indígena rural’ se ha marginado del sistema; si no fuese así, ¿cómo se explica que las comunidades indígenas rurales se encuentren con los porcentajes más bajos de asignación presupuestaria, cuando son los sectores que presentan las tasas de fertilidad y mortalidad materno-infantil más elevadas del Ecuador?

Esto conlleva el incumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, a causa del desfase en la entrega y asignación de los recursos. Este proceso tiende a invisibilizar y homogeneizar el impacto que afecta de forma desigual a los distintos grupos sociales (blancos, afros, mestizos e indígenas), según su localización (Costa, Sierra, Amazonía) y su lugar de residencia (urbano-rural). Es así como la ley pretende tener una cobertura total, capaz de eximir de pago a las mujeres por el concepto de maternidad y servicios relacionados, lo que ha presentado ciertas dificultades para concretarse en el sector rural.

Maternidad y multiculturalismo

La maternidad en general pareciera constituirse como un fenómeno “naturalizado”, que le compete solo a las mujeres y que tiene siempre el mismo significado. En este contexto, Palomar señala que la maternidad es un “fenómeno marcado por la historia y por el género” (2005:36) y que, por ende, para poder comprender su significado, debemos situarlo y contextualizarlo cultural y temporalmente.

Es por ello que, en un intento por desentrañar este sentido de maternidad que prevalece en las comunidades indígenas, no se debe aludir solo a las significaciones y resignificaciones de ésta, sino que también debe ser vista como una representación social que se encuentra mediada por las distintas relaciones que se establecen tanto con el Estado, como con la naturaleza y sus concepciones sobre la vida y la muerte.

Para la población indígena, el tema de los derechos sexuales y reproductivo asume ciertos matices y particularidades, puesto que de algún modo “se trata de un debate necesario, más aun de cara a la efectiva aplicación de los enunciados constitucionales sobre los derechos civiles y los colectivos” (León, 1999:41).

Es así como de forma explícita, se encuentra la consolidación de un Estado que reconoce la diversidad étnica y cultural de los pueblos indígenas que forman parte del Ecuador. Al existir un reconocimiento “legal” de su existencia, hay simultáneamente un despliegue por reconocer y respetar sus prácticas culturales, pero que a su vez “revela una relación conflictiva dentro de un universo [...] son colocados en determinadas estructuras de poder” (Espinoza y Salman, 2000:46).

Por ello, el establecimiento de un tipo de relación basada y centrada en el multiculturalismo, juega una función tanto explícita como implícita y trae diversas consecuencias para las mujeres.

Si reconocemos que dicha multiculturalidad es fundamentalmente una arena de conflicto, el problema central es entonces explorar cual es el contenido, condición, asimetría, formas de exclusión para establecer acuerdos de convivencia, formas de negociación de la diferencia, o mecanismos de resistencia (Espinoza y Salman, 2000:48) [de las mismas comunidades con respecto al Estado].

Una de estas consecuencias es la invisibilización de la violencia que se establece de forma tácita, en relación a la retirada del Estado de estos sectores a nivel de asignación presupuestaria, justicia, formulación de políticas públicas, entre otros. Esto no representa en ningún caso un beneficio para las comunidades, mujeres y niños indígenas, sino más bien un agravamiento de sus condiciones de precariedad, pobreza y marginación.

Como consecuencia de la multiculturalidad, las categorías discriminatorias de género tienden a depositar su acento en las mujeres:

En el caso de las mujeres indígenas rurales la situación es aún difícil por comportamientos culturales, cargados por rasgos de racismo y expresados en el trato que estas reciben en las instituciones públicas, mercados, transportes y centros de salud su testimonio revelador en instituciones públicas y en centros de salud (PIO-Chimborazo, 2006: 5-6).

Al no existir los recursos y medios necesarios para atención y servicios que debería brindar el Estado por ser los indígenas ciudadanos ecuatorianos con los mismos derechos que blancos y mestizos, deben recurrir a sus sistemas tradicionales para dar solución a sus problemáticas, sin tener la oportunidad de barajar otras opciones. Se crea de este modo una complicidad entre el Estado y las comunidades, de no hacerse cargo de las muertes de las mujeres indígenas producto del ejercicio de la maternidad. Así, se intenta visibilizar que parte del rol del Estado autodefinido como multicultural, es brindar la información, recursos, atención y servicios a las comunidades indígenas. Por su parte,

Las mujeres indígenas han estado en los primeros lugares en todas las movilizaciones porque son las que sienten el peso del racismo y las discriminaciones. En Chimborazo el común de mestizos y mestizas las llaman “las Marías” porque las consideran un colectivo amorfo. O se refieren como “las primas” para ratificar las distancias: hermanas o iguales no pueden ser. La triple subordinación: ser mujer, ser pobre y ser indígena es una verdad que las estadísticas [ni la intervención estatal]... reflejan (Agenda de equidad de género de las mujeres kichwas del Chimborazo, 2007:5).

Esto, pese a que “en los últimos años se han realizado varios esfuerzos para visibilizar las condiciones sociales de los grupos étnicos minoritarios en las estadísticas oficiales” (León, 2003), con el objeto de

hacer visibles las desigualdades existentes en los logros sociales entre los distintos grupos sociales.

En un sentido más amplio, con respecto a temas de maternidad el Estado reconoce la existencia y prácticas de partos no institucionalizados. Este tipo de atención especializada en las que las mujeres indígenas tienen una mayor incidencia, responde a “una cuestión cultural compartida por distintos grupos” (Grupo Faro, 2007:10). No obstante, estas prácticas culturales no han tenido la fuerza necesaria para negociar espacios con el sistema de salud público estatal.

Esta situación es evidenciada en la propia Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, puesto que

La ley propone de manera muy superficial la incorporación de servicios complementarios, que respondan a las necesidades culturales propias de cada población. Para este efecto se ha capacitado a agentes de salud comunitaria que reporten los casos de embarazos y parto a las unidades operativas del programa, y de esta manera garantizar la atención institucionalizada en las prestaciones de controles pre-natales y parto (Grupo Faro, 2007:9).

Así, la multiculturalidad se transforma una vez más en una retórica estatal, que se difumina en un intento de intervención.

Conclusiones

Cuando se hace referencia al tema de la interacción social entre Estado y comunidades indígenas, surgen dos hipótesis que son planteadas con mayor frecuencia. Éstas hacen alusión a la permanente e histórica invisibilización de los pueblos indígenas por parte del Estado, y al multiculturalismo como una retórica de inclusión, que afecta de forma directa a las mujeres indígenas rurales.

La primera hipótesis cobra sentido al considerar que “en otros periodos, especialmente en los años ’70, los asuntos indígenas fueron totalmente ignorados o incluido junto a otros aspectos como los derechos a la propiedad de las tierras al desarrollo rural y a la educación” (Meentzen, 2007:106).

En la actualidad, pese a amparar las demandas y necesidades de las comunidades, el movimiento indígena no ha sido capaz de incidir en beneficio de las mujeres indígenas; por lo tanto

Se puede afirmar que todos los gobiernos eran conscientes de la importancia del movimiento indígena como protagonista político y por lo tanto, algunos estuvieron dispuestos también a recoger información sistemática relacionada con la situación de los pueblos indígenas en Ecuador y defender su creciente inclusión, aunque sea de forma retórica (Meentzen, 2007:119).

Esta situación sigue presente. El Estado no hace más que continuar invisibilizando a las comunidades indígenas, pues en palabras de Aguirre, “lo que se puede ver es que el sistema no está viendo esas diferencias [...] y eso es como que el sistema está miope que se evidencia en la Ley de Maternidad Gratuita” (Aguirre, entrevista, 2008).

La segunda hipótesis es que el Estado, por autodenominarse multicultural, consideran de forma retórica en sus políticas el enunciado de multiculturalismo. Esto se debe a que “los programas sociales se dirigen en forma igual a todos los pobres en general, sin tomar en cuenta específicamente a los pueblos indígenas y sin adaptar los programas a criterios particulares específicos. Sencillamente no replantea la interrogante” (Meentzen, 2007:125), de modo que el término multiculturalismo se desvanece, marcando presencia solo en su enunciado. Es por ello que, “a pesar de la alta prioridad de la temática indígena en la agenda ecuatoriana, no existe hasta ahora en el país políticas públicas articuladas para los pueblos indígenas de mediano y largo plazo, es más, a la fecha ningún gobierno ha formulado una política pública explícita” (Meentzen, 2007:126).

Personalmente difiero de ambas hipótesis. Creo que el Estado ecuatoriano en la actualidad, visibiliza de forma sutil e implícita estrategias de intervención que le permiten llegar a los cuerpos de las poblaciones indígenas para poder intervenir en ellos. Uno de estos dispositivos es la Ley de Maternidad Gratuita. Pese a su enunciado universal, creo que, tras su formulación, perfila al sujeto ‘mujer indígena de zonas rurales’. La Ley tiene por objeto priorizar las poblaciones que tienen los más altos índices mortalidad materno-infantil, tasas globales de fecundidad elevadas (el 55% de los nacimientos se dan en la zona rural) y altos índices de pobreza.

Si se establece un breve análisis de los criterios de priorización de la mencionada ley, pese a su conceptualización universal y homogénea, estaría estrictamente abocada a otorgar el servicio y prestaciones a las mujeres indígenas rurales, quienes estadísticamente aún se mantienen al margen de los sistemas de salud pública. De forma implícita, el Estado visibiliza las necesidades de las mujeres indígenas rurales; vale decir, el Estado efectivamente se encuentra en un proceso de estructurar estrategias mediante dispositivos de salud que le permitan llegar e intervenir sus cuerpos, vía maternidad.

Así, temas como la salud indígena y la Ley de Maternidad Gratuita emergen como articulaciones de intervención por parte del Estado. La respuesta que se genera por parte de hombres y mujeres indígenas rurales es la automarginación y resistencia, en un sentido furtivo porque, si el Estado perfila como sujetos de intervención pública a las mujeres indígenas rurales, conforme a sus criterios de priorización, basados en la focalización y vulnerabilidad, ¿cómo se explica que sean estas mismas las que menos demanden atención y accedan a las prestaciones y servicios que otorga la Ley de Maternidad Gratuita?

Ahora, si efectivamente el Estado visibiliza una intervención, desde el dispositivo de salud, encaminada hacia los cuerpos indígenas, cabe preguntarse: ¿cómo y cuáles son las estrategias por parte de las mujeres indígenas para integrarse o rechazar la atención en los sistemas de salud públicos?

Capítulo III

Sistema oficial de salud en el cantón Colta

Introducción

En el marco del proceso de modernización del Estado, existe una serie de reformulaciones público-sociales, enfocadas hacia la consolidación de nuevas estrategias de intervención. En este contexto, se entiende que existe una intención estatal no solo de hacer transición democrática en este proceso, sino también un intento de reposicionar al Estado como organizador de bienestar, a través de los nuevos procesos de inclusión-exclusión que permanecen encubiertos en su acción política. Es preciso considerar este proceso como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social, y que, como instancia negativa, tiene la función de normativizar e intervenir los cuerpos que han permanecido marginados del sistema de salud, como es el caso de las comunidades indígenas de los sectores rurales del Ecuador. El Estado se vale de una serie de estrategias políticas, que se configuran como pequeños dispositivos de poder que facilitan su entrada, por la vía de la salud, a los cuerpos alejados del sistema.

Una de las tecnologías más evidentes aplicadas por el Estado como agente dominante, es la creación de un nuevo modelo de salud, denominado “integral”. Un aspecto que llama la atención de este modelo, es su mirada inclusiva focalizada hacia aquellos sectores que han permanecido históricamente marginados del sistema. Por ello, este nuevo modelo de salud integral actuaría como un verdadero factor de integración de estos grupos poblacionales.

A nivel micro, estas políticas son insertadas en los sistemas de salud local, como en el caso del Cantón Colta. La resonancia social de ello es el espacio que resta de la transición de lo macro a lo micro, y que posibilita lecturas y relecturas que permiten su adecuación local.

Hoy en día, a nivel local se perfilan criterios de focalización, basados en la vulnerabilidad social, que permiten de forma justificada e implícita llegar a los sectores que históricamente han sido desplazados, como es el caso de las comunidades indígenas. Sobre este eje se constituyen, edifican y expanden nuevas tecnologías de intervención basadas en un dispositivo de poder, que busca alcanzar e intervenir los cuerpos de las mujeres indígenas por la vía de la maternidad.

En base a esta nueva intencionalidad del Estado como cuerpo social dominante, las políticas de salud local del Cantón Colta se encuentran en pleno proceso de reformulación. Este hecho responde a una iniciativa estatal que busca impulsar un cambio de paradigma en la atención, que responda a un enfoque integral, intercultural e inclusivo.

Es una política nacional que se está implementado, a nivel de todo el país; queremos hablar un solo idioma. Antes hablábamos de programas del Ministerio de Salud en el que hablaba de programas de prevención, programas de vacunación, rehabilitación en fin. Ahora se habla de un solo sistema que es el sistema integral, en el cual nosotros estamos integrando a cada uno de nuestros médicos del sector rural y del sector urbano como médicos familiares (Velasco, entrevista, 2008).

La innovación tecnológica de este modelo radica en el poder manifiesto de la inclusión que, finalmente, permanece oculto en su estrategia de intervención por parte del Estado. En este marco, la especialización de los médicos familiares pretende desfragmentar la imagen del Estado ausente en las localidades rurales. La clave para comprender este proceso es el giro en la lógica de atención. Para entender esta lógica estatal, es necesario visibilizar el objetivo encubierto de este nuevo modelo de salud, que es, básicamente, alcanzar los cuerpos de los sujetos que por diversas razones ya sean, políticas, económicas, sociales o culturales, han permanecido marginados del sistema de salud pública. El director del área de salud N° 2 del Cantón Colta, Telmo Velasco, opina acerca de esto:

Con respecto a las políticas de salud, últimamente estamos cambiando de la atención que se daba de tipo biológica la que se encargaba nada más de la cuestión de morbilidad. Ahora la política de Estado ha cambiado a un nuevo modelo de atención. Dentro del nuevo modelo de atención primaria, que ahora es integral, en la cual está previsto la de morbilidad, recuperación, rehabilitación y más que todo con un enfoque social, ambiental. Es una atención médica total, integral y también intercultural, ya que estamos adecuando a nuestro sistema de salud experiencias de la medicina andina y tradicional de la medicina indígena, en lo que están integrados los curanderos, los sobadores, las parteras en fin de toda la cultura indígena que es ancestral en ese sentido (Velasco, entrevista, 2008).

La inserción de las políticas globales en el contexto local, requieren de una lectura que posibilite su readecuación en los contextos rurales. Es por ello que este nuevo modelo de salud integral, tiene la amplitud necesaria, que facilita la inserción de las redes locales existentes (salud comunitaria) al contexto institucional. En este punto de encuentro, parteras y yachac comunitarios son mapeados por el sistema de salud, con el objetivo de identificar su presencia en determinadas áreas geográficas de la localidad. La habilitación de estas redes comunitarias, asigna nuevos roles a yachac y parteras, quienes más adelante actuaran como mediadores que se desplazan entre el sistema público y el comunitario de salud.

Enunciado de las políticas

Mediante las actuales políticas locales de salud, se pretende brindar una atención integral, lo que se sobrepone al modelo de salud implementado con anterioridad, cuya atención estaba centrada en la demanda de usuarios más que en la oferta y calidad de la atención entregada.

Esta afirmación se encuentra intrínsecamente relacionada con la orientación universal y homogénea que tenían las políticas públicas del modelo biologicista v/s una atención local y heterogénea, que se busca otorgar a través de este nuevo modelo de salud integral:

Estamos integrándonos a un solo sistema. Este sistema de salud (biológico) se está eliminando, lo que antes era medicina por concentración. Es decir nosotros esperábamos a que venga el paciente hacia nosotros [...]. Ahora nosotros vamos hacia el paciente. ¿Cómo? Integrándonos en la comunidad con los médicos comunitarios o familiares, ya no estamos con la atención a demanda, es decir, por concentración [...] Nosotros programamos la atención a una comunidad un día x, en la cual se agrupaban 100, 120 personas para ese día recibir la atención, pero en cambio no era una atención de calidad, sino más bien de cantidad (Velasco, entrevista, 2008).

En este proceso, el Estado, mediante el sistema de salud local, funda nuevas estrategias de intervención, sobre la base de una clara intención de llegar a los sectores rurales que se resisten a participar del sistema de salud público. El sentido inclusivo del modelo de salud integral, facilita al Estado alcanzar con mayor fluidez los cuerpos indígenas marginados, para lograr finalmente intervenirlos y transformarlos en cuerpos dóciles al sistema.

Por otra parte, el Estado se vale del sistema de salud local, para persuadir, motivar y convencer, sobre las innumerables ventajas de este nuevo modelo de salud, y lo hace no tan solo con los potenciales usuarios, sino también con los profesionales de la salud que se desempeñan en los sectores rurales. El objeto de este accionar responde a la necesidad de que sean los propios establecimientos locales de salud, los que ejecuten las medidas que les permitan captar y atraer a la población no usuaria del sistema de salud, especialmente a la indígena.

Es prioridad del Estado captar a este segmento por todas las vías posibles. Como veíamos anteriormente, una de ellas son las políticas locales de salud integral, heterogéneas y con un enfoque local. A ello se agrega un segundo dispositivo que es la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

El enunciado de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en el contexto local, transformado en política, busca alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas por la vía de la maternidad. El objetivo de ello es intervenir estos cuerpos para controlar su sexualidad.

En la intención de forjar diálogos interculturales entre el sistema de salud pública y el sistema de salud comunitario, se han logrado identificar y establecer cuáles son los principales factores presentes en el sis-

tema público de salud local que obstaculizan la llegada de las mujeres a los centros de salud. Dentro de este sondeo, se encontró cuatro factores: geográficos, lingüísticos, culturales y económicos (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

En función de la presencia y conocimiento de estos impedimentos locales, se enmarcan una serie de campañas provinciales para informar a los y a las potenciales usuarios/as sobre la gratuidad del sistema. De este modo, se quiere atraer principalmente al segmento de mujeres que, por diversas razones, no acuden a atenderse en los centros de salud pública.

En la medida que el sistema de salud local logre proceder conforme a lo estipulado en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, las políticas de salud darían respuesta a la intención del Estado de alcanzar el cuerpo de las mujeres indígenas rurales para incluirlas al sistema de salud pública por la vía del control de la maternidad. Sin embargo, estas leyes traducidas en políticas públicas en el transcurso del paso de lo estatal a lo local son releídas en el contexto local, hecho que incide en sus prácticas cotidianas de atención lo que distorsiona el fin último de inclusión, prevaleciendo el maltrato, la discriminación y la exclusión de este segmento de la población. En este escenario, el Estado vuelca su mirada a la sociedad civil como órgano controlado, con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en la ley:

Con la finalidad de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno-infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) se llevó a cabo, en las instalaciones de la casa indígena de Riobamba, la primera reunión de la asamblea cantonal de usuarias de la LMGAI.

Estuvieron presentes en esta asamblea los miembros de los comités de usuarias de las parroquias rurales y del sector urbano de Riobamba. Entre los asistentes y bajo la coordinación del Patronato San Pedro se eligió y constituyó del comité de usuarios/as, el mismo que funcionará de acuerdo a las disposiciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia y su respectivo reglamento.

El comité de usuarios/as de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del Cantón de Riobamba está constituido por los repre-

sentantes de las siguientes parroquias: San Luís, Licto, Punín, Flores, Pungalá, Cacha, San Juan, Cubijies, Calpi, y una delegada del sector urbano de Riobamba (Vinueza, 2007).

El enunciado de las políticas globales en el contexto local, da lugar a las relecturas por parte de los sistemas de salud local. Sin embargo, en variadas ocasiones estas relecturas perpetúan el maltrato, la discriminación y la exclusión, condiciones que reflejan el funcionamiento de un determinado sistema de atención. Éste no siempre se configura en relación a lo que el Estado espera o busca, que es justamente forjar procesos de inclusión en este segmento de la población. Frente a ello, el Estado se muestra como un agente político activo que, de modo estratégico, incluye en el accionar de estos procesos a otros actores de relevancia local, como son la sociedad civil, y agentes de la salud comunitaria, que favorecen y posibilitan al Estado alcanzar los cuerpos marginados.

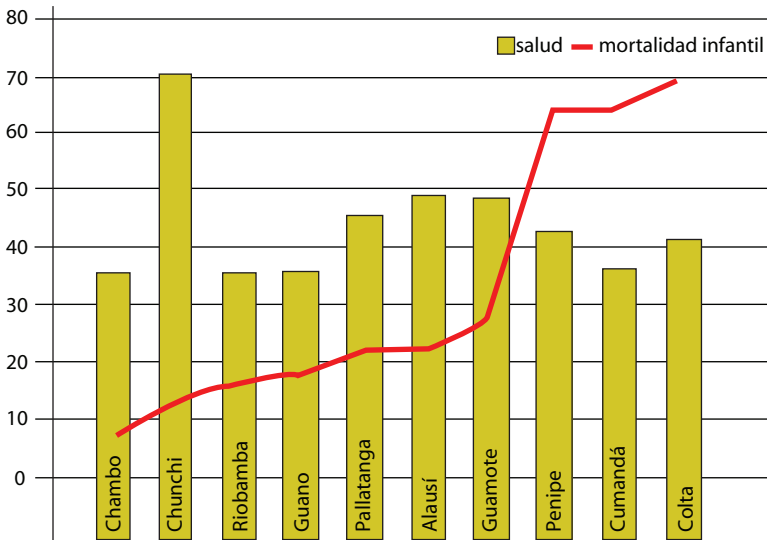
Puesta en marcha de las políticas

El tema presupuestario es fundamental para poner en marcha este nuevo modelo de salud en las localidades. Los requerimientos institucionales para echar a andar este nuevo modelo de salud, demandan una inyección de recursos adicionales. A modo de ejemplo, la Provincia de Chimborazo, en el área de salud, debería contar con infraestructura y profesionales capaces de cubrir un total de 443.522 beneficiarios. La infraestructura actual, distribuida en diez cantones, es de: seis Áreas de Salud, un Hospital General, un Hospital Especializado, cuatro Hospitales Básicos, cuatro Centros de Salud, 10 Sub-centros Urbanos, 27 Sub-centros Rurales y 50 Puestos de Salud. Para el área de Colta la cobertura es la siguiente:

1 hospital Cantonal, 1 centro de salud Pallatanga, 8 Sub-centros de salud rural en Troje, S.D Quito, J. Velasco, Columbe, Pulucate, Multitu, Cumandá, La Isla. 11 Puestos de Salud en G. Zambrano, Sicalpa Viejo, Cebollar Alto, Castug Tugurahuilla, San Guisel, San Bernardo, Rumicorral, Aguijón, Lote 1.2, Jalubí, San Vicente (Dirección Provincial de Salud Chimborazo, Hospital Colta, Marzo, 2008).

Retomando lo anterior, uno de los principales problemas a los que se ven enfrentados los hospitales, centros y subcentros de salud, es el tema de la asignación presupuestaria, lo que ha llevado al Estado a impulsar ciertas alianzas. A nivel local estas alianzas se crean como un espacio de complementariedad entre el gobierno local y el gobierno central. El propósito de estas alianzas es cubrir los vacíos presupuestarios locales. Como vemos en el Gráfico 3, para el caso de Colta tenemos un gasto en salud local que no alcanza a cubrir el 50%, pese a que es el cantón que presenta los índices más altos de mortalidad infantil. En este caso, la asignación presupuestaria resulta incongruente con la realidad.

Gráfico 3
Gasto en salud per cápita y mortalidad infantil
en los cantones de Chimborazo

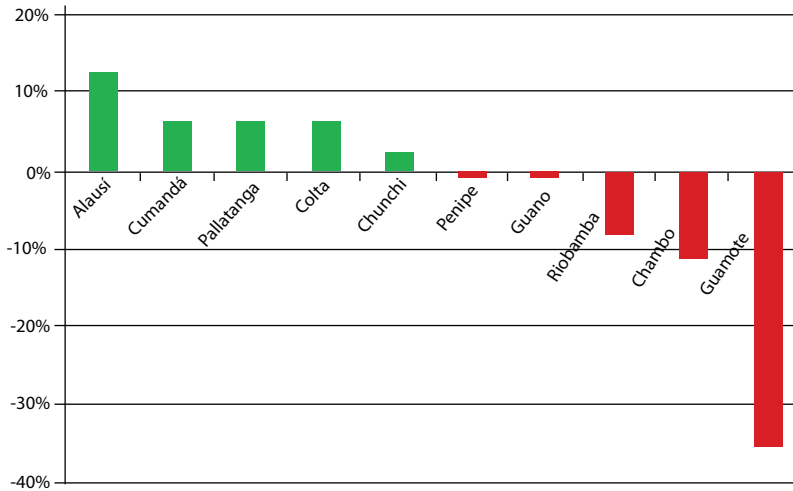


Fuente: Presupuesto del Programa de Maternidad Gratuita año 2005 y 2006.
Elaboración Grupo Faro.

Pese a que la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, cuenta con un procedimiento propio para el tema de asigna-

ción presupuestaria, la realidad de la provincia está marcada por un claro déficit en el área. Sin embargo, ciertos cantones, como Colta, han repuntado en presupuesto, producto del aumento de porcentajes en la atención por concepto de parto y maternidad.

Gráfico 4
Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia
Diferencia entre el presupuesto 2006 y la producción de 2005



Fuente: Presupuesto del Programa de Maternidad Gratuita año 2005 y 2006. Elaboración Grupo Faro.

Como se observa en el Gráfico 4, el Cantón Colta ha logrado repuntar en presupuesto por el concepto de la LMGAI. Esto significa que el sistema público entre el año 2005 y 2006, incrementó su demanda de atención por el concepto de partos y control de la fecundidad. Este hecho explica que el reembolso estatal no tuviese una connotación negativa en Colta, a diferencia de en Riobamba, Chambo y Guamote.

Las estrategias desplegadas por parte del Estado para llegar con la medicina a estos grupos e incorporarlos al sistema público, han requerido de un trazado que tiene por objeto compatibilizar ambos sistemas de salud en un solo modelo. Para ello, el sistema público está bus-

cando formas de generar confianza para lograr un acercamiento a “lo indígena”.

En esta misma línea, se ha incurrido en una fuerte campaña conducente a preparar y educar a hombres y mujeres indígenas de los sectores rurales como “promotores de salud”. Su rol, al igual que el de las parteras en el sistema de salud, es el de mediadores, pues se desplazan entre uno y otro sistema.

Chimborazo cuenta promotores de salud en el sector rural. Graduados en la Corporación Yachachic 27 hombres y mujeres del sector campesino de Chimborazo, se incorporaron como promotores de salud, el acto se desarrolló en el salón principal del edificio Costales y contó con la presencia de autoridades de la ciudad y de la provincia.

Estuvo presidido por las autoridades de la Unidad Educativa Pacha Yachachic, asistieron como invitados autoridades de la Universidad Interamericana del Ecuador, Instituto Misael Acosta Solís, los graduados y sus familiares.

Cecilia Badillo, coordinadora del departamento de salud Alli Kausay dio el saludo de bienvenida, expuso el agradecimiento por la participación que han tenido durante todo el proceso tanto la familia y las comunidades con los graduados, además a todas las personas que han hecho posible que la corporación Yachachic y su departamento de salud Alli Kausay cumplan con su objetivo y es el de llegar a las comunidades, mejorar la calidad de salud, a través de sus compañeros.

Todos sabemos que nuestros pueblos y nacionalidad es [son] intercultural[es], tenemos diferentes formas de conocimientos, a nivel indígena se lo hace a través de las experiencias ancestrales, no hay nada escrito sobre sabiduría, pero lo sabemos por la transmisión de la experiencias de padres a hijos, de generación en generación.

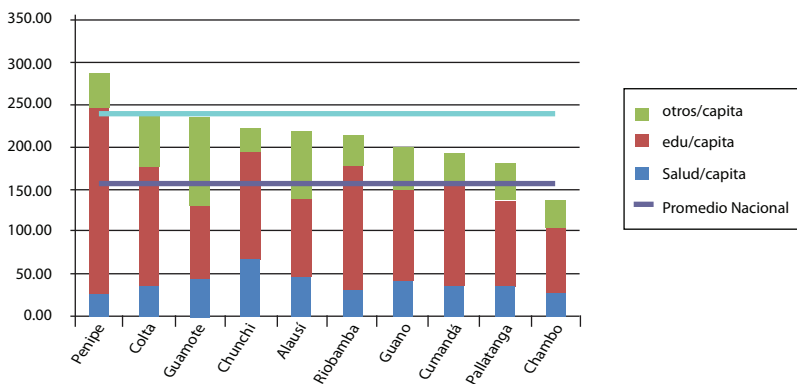
Es justamente este rescate de la medicina natural y ancestral que el proyecto Yachachic ha querido rescatar a través de la formación de promotores de salud, señaló. Entregaron una placa de reconocimiento a Barbara Kühlen representante de la fundación financiera en Alemania acción Medeor por su labor desplegada en beneficio de la salud del centro campesino de la provincia hicieron a demás representaciones artísticas sobre la forma de cómo las culturas ancestrales realizaban los actos de curación y sanación (*La Prensa*, febrero 20, 2008).

El tema de los promotores de salud arremete con mayor fuerza en los sectores rurales. Más aun, el éxito de la iniciativa conduce a que se institucionalice dentro de la provincia con el objeto de lograr su legitimación. Evidentemente, son estrategias del sistema público que encuentran apoyo y se complementan con la parte privada.

Entregarán las certificaciones a las escuelas promotoras de la salud. Las direcciones de salud y de educación participarán en este evento que facilita la atención del tema de salud en la provincia [...] Este plan se encamina en conjunto para la ayuda comunitaria en el tema de salud y que es apoyado por el Ministerio de Salud Pública, y el Ministerio de Educación, el DIPEIB-C, el PLAN, Visión Mundial y la fundación Christian Children's Fund [...] Los participantes serán motivados públicamente en este evento que espera contar con autoridades y coordinadores de la Red de Escuelas Promotoras de Salud de la Provincia (*La Prensa*, febrero, 2008).

En promedio, la asignación para el sector social en la Provincia de Chimborazo es \$240 dólares por habitante, mientras que este mismo indicador como promedio nacional alcanza a los \$ 157 dólares per cápita. Esto significa que la provincia recibe un 52% más que el promedio nacional para invertir en el sector social.

Gráfico 5
Chimborazo, gasto social per cápita en US\$ según cantones



Fuente: Presupuestos de instituciones del área social, Lupa Fiscal, 2007.
Elaboración: Grupo Faro

Como se puede apreciar en el gráfico 5, en la mayoría de los cantones el gasto social primeramente está destinado a cubrir temas de educación. En el caso de la salud, los cantones de Penipe, Chunchi y Colta son los que registran un mayor porcentaje de inversión.

Como señalaba anteriormente, la funcionalidad de un nuevo modelo de salud requiere la incorporación de recursos extras. El Estado, como agente impulsor de esta iniciativa, provee parte de estos recursos. Sin embargo, la asignación presupuestaria estatal es insuficiente. Esto ha impelido al Estado ecuatoriano a establecer alianzas internacionales que apoyen su proyecto de intervención en salud.

En este proceso se logró establecer vínculos entre el Estado ecuatoriano y la Comisión Europea. El apoyo logrado se traduce en el diseño e implementación de un megaproyecto de intervención en salud, denominado Programa de Apoyo al Sector Salud en Ecuador (PASSE).

El proyecto PASSE, en este tipo de atención yo le veo más bien como un interrelacionador entre lo que es la medicina indígena y lo que es la comunidad indígena y lo que son los sectores de nosotros los médicos y la medicina occidental, está realizando ciertos proyectos, a parte que nos está ayudando con el licenciamiento de cada una de las unidades. Al hablar de licenciamiento nosotros hablamos de que debemos cumplir con ciertas normas para poder ejercer la medicina de acá; es decir, que tenga recursos humanos, que tenga insumos. En fin completar todas esas normas concluir con eso y poder licenciar. En eso está ayudando la Comunidad Europea en conjunto con el Ministerio de Salud y han formado lo que es el proyecto PASSE (Velasco, entrevista 2008).

El objetivo general de este proyecto es, principalmente, “apoyar el proceso de reforma del sector salud y el modelo de atención integral e intercultural basado en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria de salud” (PASSE, 2008).

El aporte de la Comisión Europea para el logro de estos objetivos se traduce en fondos presupuestarios reales con una “contribución de €28.000.000; la contraparte nacional realizó un aporte de €7.648.820, cuyo total financiamiento fue de: € 35.648.820”. La fecha de inicio de este programa fue marzo de 2005 y está previsto su término para marzo de 2009” (PASSE, 2008).

La incorporación de recursos externos posibilitó la implementación de este programa en tres de las provincias más pobres del Ecuador,

que además coinciden con las provincias con los índices más altos de concentración de población indígena rural, y en donde el número mayor de habitantes está conformado por mujeres, como son: Cotopaxi, Bolívar y Chimborazo. Los cantones seleccionados en la provincia de Chimborazo son: Colta, Guamote y Achupallas. Como se puede apreciar en la figura 1, estas provincias se encuentran concentradas en el centro del país, en la región Sierra.

La selección, tanto de las provincias como de los cantones, responde a criterios de focalización y vulnerabilidad social producto de los altos índices de pobreza, mayor presencia de población femenina e indicadores de mortalidad materno-infantil y postergación social. La implementación y ejecución de este proyecto trajo consigo una serie de impactos en el funcionamiento de las iniciativas locales.

Las directrices generales de este proyecto están enfocadas a cubrir ciertas áreas en el sistema de salud local como: ampliar la cobertura y servicios, suministros, obras, información y visibilidad, funcionamiento e iniciativas locales.

Con los recursos provenientes de esta alianza estratégica con la Comisión Europea, se ha implementado en el hospital del Cantón Colta, los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS). La conformación de estos equipos es un complemento a la estrategia de intervención del nuevo modelo de salud integral. Como dijimos, este programa incentiva el desplazamiento del sistema de salud público a las comunidades; esto se realiza mediante el movimiento de sus profesionales a las distintas comunidades, preferentemente rurales, que no son usuarias frecuentes del sistema de salud público. Este modo de operar, confirma la esencia de este nuevo modelo de salud, centrado en la oferta de servicios y atención más que en la demanda de los usuarios:

Es un nuevo programa de atención integral; son grupos de EBAS, equipo básico de atención de salud. Ellos son los que están ahora encargados de lo que es atención a nivel domiciliario. Se rompió el esquema de atención por concentración y se va hacer de casa en casa. Ellos manejan unas fichas familiares en las cuales se va a ver los riesgos tanto ambientales, biológicos, ecológicos que tiene cada una de las familias al estar en zonas alejadas y rurales de la zona cantonal (Velasco, entrevista, 2008).

Figura 1
Ubicación de la zona de intervención Programa PASSE



En las tres provincias de acuerdo al ajuste ejecutado por el MSP para el año 2005 del censo de población y vivienda del 2001 se identifican:

- **995.229 habitantes** (517.193 mujeres y 478.106 hombres) en un total de
- 24 cantones** (16 áreas de salud,
- 120 parroquias**, quienes serán los beneficiarios del programa

BOLÍVAR		
Cantón	Pobreza por NBI % (población total)	pobreza extrema por NBI% (población total)
Guaranda	77.80	54.50
Chillanes	84.50	42.20
Chimbo	73.40	35.90
Echeandía	74.40	31.10
San Miguel	72.30	33.50
Caluma	66.50	23.80
Las Naves	83.90	37.90
Provincia	76.50	44.20

CHIMBORAZO		
Cantón	Pobreza por NBI % (población total)	pobreza extrema por NBI% (población total)
Riobamba	46.90	23.60
Alausí	86.00	70.40
Colta	93.30	77.40
Chambo	71.80	42.50
Chunchi	78.10	54.90
Guamote	96.10	87.90
Guano	83.40	50.00
Pallatanga	80.60	48.50
Penipe	72.50	33.80
Cumandá	68.10	29.80
Provincia	67.30	45.00

COTOPAXI		
Cantón	Pobreza por NBI % (población total)	pobreza extrema por NBI% (población total)
Latacunga	64.30	32.80
La Maná	74.10	33.90
Pangua	89.30	51.80
Pujilí	87.80	65.00
Salcedo	79.90	46.00
Saquisilí	84.20	59.50
Sigchos	93.80	73.40
Provincia	75.90	45.50

Fuente: Elaboración Programa de Apoyo al sector salud en Ecuador (PASSE).

Ahora bien, resulta interesante examinar el modo en que opera instrumentalmente este nuevo modelo de salud. Como primer punto, veíamos este desplazamiento del sistema médico a las comunidades, cuyo objeto es amortiguar los posibles factores geográficos y económicos que obstaculicen la llegada de la población indígena, en este caso, a los centros y subcentros de salud. En este marco, la función prioritaria de este nuevo procedimiento es captar y llegar a los segmentos poblacionales más alejados geográficamente. Esto permite eliminar las pautas de atención de un sistema tradicionalmente basado en la contrademanda.

Por ello, se busca captar a los grupos más resistentes del sistema para ser incluidos en la intervención estatal, por medio del mecanismo de la visita médica domiciliar en la propia comunidad. Aludiendo a esta problemática, Alfredo Carballeda (2005) expone el caso de Argentina, que revela la insuficiencia del uso de herramientas clásicas de intervención por parte del Estado, por lo que propone el surgimiento de nuevas apuestas de intervención, basadas en dispositivos de poder:

Desde sus orígenes, gran parte del sentido de la intervención en lo social está relacionado con el modo como cada época construye los perfiles de la trasgresión. Esto implica una forma de acercarse a este “territorio” a través de diferentes dispositivos, instrumentos y modalidades de acción en la medida en que son cuestiones que pueden afectar al “todo social o, sencillamente que reproducen en lo minúsculo, en pequeños espacios (Carballeda, 2005:18).

Desde el punto de vista operativo, tenemos la incorporación de un instrumento utilizado en el proceso de pesquisa y atención de usuario, denominado “Ficha Familiar”. Esta ficha actúa como un microdispositivo de poder, que desencadena un control de los sujetos a pequeña escala. Establece un banco informativo sobre las presencias y ausencias, y permite saber dónde y cómo encontrar los cuerpos de los sujetos que busca intervenir. En palabras de Carballeda:

En principio podemos pensar este dispositivo como una forma de ingreso a la institución, a un nuevo mundo, a un orden diferente y opuesto del que provenían. En este sentido se trata de un dispositivo escéptico, mecánico que detiene y da otro rumbo a la historia de quien es abandonado (2005:19).

Así, la Ficha Familiar, como instrumento de pesquisa, deja entrever un nuevo orden en el sistema, que se traduce en la idea de un nuevo tipo de funcionamiento institucional. De modo que este instrumento, utilizado como banco informativo, permite al Estado construir un sujeto, un otro sobre el cual puede intervenir; así

Lentamente lo clasifica y logra incluirlo [...] ese otro será construido despaciosamente y calladamente a través de descripciones, informes, observaciones, y especialmente desde la relación que establece con quien lleva adelante la intervención..., pues servirán para dar a conocer las conductas y costumbres, de aquellos a los que se quiere transformar (Carballeda, 2005:26).

Una de las mayores bondades de la instrumentalización del proceso, es el diagnóstico situacional que arroja la aplicación de la “Ficha Familiar”, puesto que se realiza un análisis de variables generales que permiten captar el “estado” social, familiar, de entorno y de salud de los sujetos no usuarios del sistema de salud. “Así la vida cotidiana como espacio de construcción de identidad, será el lugar privilegiado de la intervención, como espacio favoritos de disciplinamiento” (Carballeda, 2005: 26).

La aplicación de este instrumento, Ficha Familiar y Ficha Intercultural, fuera de concebirse como fuente de información, permite realizar un seguimiento del estado general de la familia en cuanto a salud y condiciones sociales. A este control instrumental, diseñado y utilizado para este modelo, se agrega la existencia de un tercer instrumento denominado “Sala Situacional”. Este último instrumental identifica y mapea a los agentes de salud indígena que intervienen en la zona

Estamos dando el inicio y para ser uno de los sectores que se está implementando los pioneros en este sentido hay bastante aceptación si usted se da cuenta nosotros manejamos un mapa donde encontramos he donde están ubicados los Yachas los fregaderos los curanderos con la finalidad de ir integrándolas al nuevo sistema de salud ha habido aportaciones de parte del Ministerio indígena, de parte de los representantes de la medicina tradicional y se está trabajando coordinadamente con ellos (Velasco, entrevista, 2008).

Frente a la presencia de los elementos antes descritos, insertos en un nuevo modelo de intervención en el ámbito de la salud, se percibe de forma reiterada la intención latente del Estado de alcanzar estos cuerpos excluidos para, finalmente, lograr intervenirlos. Así, “esta idea avanza sobre la vida cotidiana, lo cual junto con imponer un orden, permite construir a ese “otro”, como señala Carballeda (2005), “ver al otro”, implica un efecto de poder sobre éste”. Frente a ello, no es casual que las localidades piloto seleccionadas para llevar a cabo esta intervención, presenten ciertas particularidades tales como pobreza, exclusión, altos porcentajes de concentración de población indígena, femenina y rural.

La mortalidad materno-infantil es el factor que conduce la mirada estatal hacia los cuerpos de las mujeres. La maternidad se convierte en la puerta que abre espacios al Estado para alcanzar estos cuerpos excluidos y marginados. Desde este punto de vista, el Estado busca y llega a las mujeres indígenas por la vía de la salud/maternidad.

De este modo, la maternidad indígena se configura como un espacio político que implica una serie de fisuras y discontinuidades en conflicto. En este marco se comprende la ausencia de políticas de salud enfocadas hacia una no maternidad, porque es precisamente la maternidad la que permite la llegada al Estado a estos cuerpos indígenas femeninos. Así, el Estado en este nuevo escenario de implementación de un nuevo modelo de salud integral, aspira mediante sus políticas de salud encaminadas hacia la maternidad, a “atar” estos cuerpos de las mujeres indígenas.

Los dispositivos de poder ya no se limitan a ser normalizadores, tienden a ser constituyentes (de la sexualidad). Ya no se limitan a formar saberes, son constitutivos de verdad (verdad del poder). Ya no se refieren a “categorías” negativas a pesar de todo (locura, delincuencia como objeto de encierro), sino una categoría considerada como positiva (sexualidad) (Núñez, 2007: 2).

De algún modo, el Estado ya es consciente del punto de llegada y encuentro con los cuerpos indígenas de las mujeres a través de la maternidad. En este marco, se comprenden diversas acciones estatales como la necesidad local de impulsar la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y la implantación de un nuevo modelo de salud

integral. Ambos lineamientos terminan siendo medios/estrategias para alcanzar estos cuerpos.

Ahora bien, las acciones más concretas a nivel local que dan cuenta de ello, es la “adecuación cultural del parto” en el hospital de Colta.

El hospital de Colta se alista para cumplir con la atención del parto tradicional, donde Telmo Velasco, director del área de salud No 2 del cantón de Colta, señaló que se está implementando el parto tradicional en las comunidades indígenas de Chimborazo. Añadió que tanto Colta como Guamote y Achupallas, con el apoyo del proyecto PASSE están implementando esta modalidad como área piloto. Intervienen las parteras comunitarias, como profesionales de las unidades de salud. La implementación de este nuevo sistema de atención va mejorar la relación del hospital con la comunidad y así generar mayor confianza hacia el sistema de salud (*La prensa*, febrero 16, 2008: 016v).

Esta noticia captada en un medio local de prensa de la Provincia de Chimborazo, deja entrever tres elementos que son relevantes en el proceso: focalización (comunidades indígenas), agentes (incorporación de las parteras en el proceso) e intervención (atención humanitaria basada en la generación de confianzas). La unión de ellos permite actuar al Estado mediante este nuevo modelo de salud con mayor eficiencia en el medio local. Pues, a modo de ejemplo, para las mujeres indígenas la partera es un referente válido que facilita la entrada al sistema de salud público. Por lo tanto, como estrategia de intervención, se busca entablar nuevas relaciones encaminadas a potenciar la confianza entre los distintos agentes: mujeres indígenas, médicos, parteras y familiares:

PASSE también está ayudándonos a continuar con los partos tradicionales que son los partos verticales partos naturales de acuerdo a como se da en el sector. Se ha implementado en algunos sectores el área física para que se den este tipo de actividades como son el cuarto donde está la parturienta y un cuarto alledaño a donde se van agrupar toda la familia o bien los allegados a la parturienta porque de eso se trata: darles un ambiente más tradicional, darles un ambiente más familiar para que ellos puedan tener su parto normal. Lógicamente que esto va sumado a todos los conceptos de medicina occidental, como son las antisepsias (Velasco, entrevista, 2008).

En este marco de inclusión de nuevos agentes y de complementación de los sistemas de salud público y comunitario, las parteras están siendo reeducadas en el sistema estatal:

A las parteras ya se les está haciendo sensibilización acerca de cómo se debe llevar un parto, de cómo se debe atender el parto, cómo y en qué condiciones se debe atender un parto. Entonces, lógicamente, un conjunto de actividades entre lo que es la medicina indígena y la medicina occidental (Velasco, entrevista, 2008).

Sin embargo, cabe señalar que existe un sistema público que deslegitima el conocimiento de las parteras⁷, por lo que su inclusión es más bien una estrategia que permite la mediación entre sistemas. Por lo tanto, este intersticio entre ambas medicinas tiene por objeto principal validar para el mundo indígena la medicina occidental, mediante la generación de este tipo de acercamiento. La validación e incorporación de funciones de la partera en este nuevo modelo de salud pública, la convierte objetivamente en una interlocutora autorizada que se desplaza entre la comunidad y el Estado.

Algunas limitaciones

Como veíamos en un inicio, el problema de la asignación presupuestaria es uno de los más frecuentes a los que se ven enfrentados los establecimientos de salud. Esto se agrava en los sectores rurales, pese a que la lógica indica la existencia de una coherencia entre indicadores sociales y asignación presupuestaria local; situación que en teoría favorecería en gran medida a los sectores rurales. Para el Grupo Faro

Este tipo de problemáticas se desprenden del gobierno central [...] Esta asignación de recursos financieros se la contrasta con indicadores que caracterizan la situación de la población en este cantón, como analfabetismo, pobreza o cumplimiento de derechos, lo que ayuda a vincular la asignación de recursos con las necesidades básicas de los ciudadanos (Grupo Faro, 2007: 3).

La baja asignación presupuestaría a nivel local, afecta directamente la calidad de los servicios brindados. Para el director de la zona

de salud de Colta, existe una problemática en cuanto a la relación dada entre salarios y recursos humanos. No existe un estímulo económico por parte del Estado que permita captar profesionales para trabajar en las zonas rurales, lo que ha generado la fuga de profesionales de la salud hacia diversos destinos, que se vislumbran más estimulantes económicamente. Producto de ello, se ha generado un vacío de profesionales en el área de la salud en estas zonas:

Siempre va a haber un déficit en lo que respecta al número de médicos, número de personal [...], ya que muchos de nuestros profesionales se están fugando del país. Las condiciones económicas son las que les están ahuyentando de nuestro país. El haber estudiado tanto tiempo, haberse preparado tanto tiempo y con salarios que son bajos. Últimamente que se ha visto en aumentar el salario del médico, con cierto tipo de garantía [...] Todavía no [se] cumple las expectativas de uno que tiene al graduarse [...] Hay un déficit de más de un 50% de lo que debería ganar un médico, lo que hace que nos falten los recursos humanos. A parte de eso, el hecho que son sectores muy alejados, sectores de difícil acceso, se nos hace difícil llegar con el personal y, por supuesto, con todos los insumos que ameritan una buena atención, como son vacunas y medicamentos (Velasco, entrevista, 2008).

Aparte del tema presupuestario, existen otras limitaciones como el idioma, a lo cual se han visto enfrentados los profesionales de la salud en su relación con la población indígena local. En los sectores rurales, un porcentaje significativo de la población indígena es bilingüe. Sin embargo, la gran mayoría utiliza el kichwa para la vida cotidiana y el español es poco utilizado. Esta lengua se usa más bien cuando deben relacionarse con los mestizos para realizar trámites en ámbitos externos a su comunidad.

Cuando mujeres y hombres acuden a los centros de salud, todas las indicaciones son dadas en español, lo que dificulta el entendimiento. Un ejemplo de ello son las campañas de vacunación. Las mujeres acuden con sus niños a los centros de salud, o bien llegan los profesionales a los hogares. Una vez vacunados los niños, se les explica a las madres que producto de la vacunación se presentarán algunos síntomas normales en dicho proceso, tales como fiebre, vómitos, hinchazón en el brazo, etc. Dado que estas indicaciones son dadas en español, las mujeres no alcanzan a comprenderlas bien. Una vez en sus hogares, los

niños comienzan a presentar los síntomas y, consecuentemente, ellas asumen que la vacuna los ha enfermado. Por ello, su lectura inmediata es “mejor no hay que vacunar, porque antes de la vacuna estaba sano y ahora el wawa se enferma” (Diario de campo, 2008). De este modo, el idioma es una limitante que crea percepciones equívocas acerca de las acciones de unos y otros. Por otra parte, los profesionales de la salud juzgan esta acción de forma negativa, pues asumen que el hecho se debe a una falta de información, interés y a la despreocupación por parte de las madres hacia sus hijos, fomentando de este modo la vulnerabilidad de los niños para contraer diversas enfermedades, evitables mediante la prevención.

Otro aspecto interesante de señalar con respecto a la limitante del idioma, son ciertas particulares presentes al interior del Hospital de Colta. Este hospital, territorialmente se encuentra ubicado en una zona rural con un alto porcentaje de población indígena, cuenta con una infraestructura relativamente nueva, sin embargo, todas sus señalizaciones están en idioma español. Por otra parte, el hecho de que a pocos metros del hospital se encuentra el Cementerio General de Colta, permite comprender algunas afirmaciones recogidas en las memorias del “Encuentro de Mujeres Warmikuna Tandanacushka alli Causaimanta” (2001): “nos da miedo asistir a los centros de salud y hospitales”, “se oye que ahí matan a las personas”. Es plausible pensar que estas percepciones provengan de la cercanía física de ambos espacios (hospital y cementerio). Esta cercanía instalaría en el imaginario colectivo ciertas ideas-fuerza, en las que –potencialmente– el hospital aparezca como “un paso” al otro ámbito.

Conclusiones

Encuentros y desencuentros entre las políticas de salud y la población indígena

Como ya se ha dicho, el Estado, a través de la implementación de una nueva modalidad de atención en salud, busca establecer un nuevo tipo de relación con las comunidades indígenas rurales. Sobre esta base,

ha diseñado estrategias de intervención que apuntan a captar a este segmento de la población no usuario/a frecuente del sistema de salud pública, para alcanzar e intervenir sus cuerpos. Por otro lado, y en este mismo contexto, existe un redireccionamiento de las políticas públicas de salud, que en la actualidad promueven una intervención en el área, basada en un modelo denominado “integral”.

Este modelo de atención integral se caracteriza principalmente por estar centrado en la oferta de servicios de salud, con una tendencia incluyente y destinada a ofrecer atención de calidad. Es por ello que el fin último del modelo mencionado, es captar a la población no usuaria de los sectores rurales que, por razones de económicas y de distancia geográfica, no son usuarias del sistema. En este marco se comprende que la estrategia pública de intervención sea el desplazamiento institucional-profesional a las comunidades.

En estos desplazamientos institucionales, se pactan visitas médicas mensuales con las familias, para realizar un proceso de seguimiento, con el propósito de evaluar la evolución de las variables que catalogan como de riesgos, ya sea a nivel, familiar, del entorno u ambiental. Como se ha dicho, esta información se capta a través de la aplicación de dos instrumentos: Ficha Familiar y Ficha Intercultural.

A partir de lo anterior, resulta interesante ver cómo la aplicación de este instrumento permite al Estado, y al propio sistema de salud, ejercer un control a pequeña escala, pues gestiona y almacena información de la vida cotidiana de los sujetos. En este sentido, el nuevo modelo de salud se aspecta mucho más proactivo que el modelo anterior, que era funcional al paradigma biológico que permitía intervenir los cuerpos bajo el concepto de salud/enfermedad.

El primer enlace del sistema de salud con las comunidades, acontece por medio de la valoración e integración cultural de la localidad en la atención. En este contexto se la inclusión de las parteras en los establecimientos de salud, es prioritario ya que son concebidas como actoras claves dentro del contexto de la adecuación cultural del parto en los sistemas de salud pública-locales. Así las parteras cumplen un papel esencial en este proceso ya que son el nexo directo con la comunidad, transitando entre los dos modelos de salud el público y el comunitario.

Actualmente, la estrategia de inclusión es buscar la complementariedad de ambos sistemas de salud, público y comunitario, a través de

la implementación de este nuevo modelo de salud, que cuenta con las estrategias metodológicas necesarias para que el Estado tenga un mayor control y legitimación sobre la totalidad de los cuerpos, alcanzando los cuerpos marginados.

Para finalizar, no puedo dejar de señalar la conformación de estrategias intersectoriales impulsadas por el gobierno, que permiten el trabajo de forma conjunta entre los gobiernos locales, sociedad civil y cooperación internacional; a modo de ejemplo, existen alianzas internacionales que el Estado ecuatoriano ha establecido con ciertos organismos como la Comisión Europea. Estas alianzas estratégicas, con este tipo de organismos han permitido al Estado obtener apoyo financiero para llevar a cabo su intervención en el área de la salud, con el objetivo de implementar este nuevo modelo de salud destinado a alcanzar los cuerpos de las comunidades indígenas rurales.

Capítulo IV

Maternidad, parto y discriminación

Introducción

Al comenzar mi investigación, no dimensioné la carga implícita en mi visión occidentalizada de la conceptualización de salud, para comprender la realidad indígena respecto al escaso acceso a los sistemas de salud formal. Esta mirada, que ciertamente partía y parte de mi propia experiencia, me impedía entender lo que sucedía con la realidad de hombres y, principalmente, mujeres indígenas asentadas en los sectores rurales.

Para emprender mi análisis, fue imprescindible cuestionar la salud como una actitud no solo frente a la vida, sino también frente a la muerte. Esta mirada mezcla la polaridad como un proceso imbricado que une los extremos y que conduce finalmente a percibir la salud-enfermedad como un *continuum* de un mismo camino o línea, que llevan a un punto común: la muerte en este caso materna. Así, la actitud mencionada “se caracteriza por la visión simbólica de la salud y la enfermedad, del canto y el llanto, del silencio y la palabra” (Aguiló, 1992:165).

Por ello, fue menester desmontar el término salud como un concepto asociado exclusivamente a la vida. Precisamente es en este contexto, donde confluye la existencia de dos modelos de salud que se encuentran interpenetrados: el modelo de salud pública y el modelo de salud andino.

Ambos modelos, no excluyentes, se presentan como alternativas paralelas y viables de atención para las mujeres indígenas de los sectores

rurales. Sin embargo, se revela la paradoja de que pese a que ambos modelos de salud se caracterizan por tener sistemas de atención un tanto opuestos, coinciden en los resultados: producto del ejercicio de la maternidad, un alto porcentaje de mujeres indígenas de los sectores rurales siguen engrosando las estadísticas de mortalidad materna.

Comunidad Shuid y maternidad

Una de mis primeras tareas para comenzar el trabajo de campo, fue diseñar una estrategia para entrar en la comunidad. El objetivo era generar confianza suficiente para que me abrieran sus puertas y compartieran su sentido de vida, frente a la problemática que me había planteado. Fue un desafío. Cada uno de mis intentos se desbarató por razones que se diluían en una sinrazón. Sin embargo, de forma azarosa conocí a María Cecilia, una niña-mujer indígena quien se convirtió en mi informante clave en este proceso. Fue ella quien me dio las primeras luces de una realidad indígena que era completamente desconocida e inimaginada para mí. La relación entre ambas fluyó, aunque en una primera instancia no sospeché la trascendencia que tendría su presencia durante el desarrollo de esta investigación.

El buen vivir: “Sumak Kawsay”

María Cecilia es una joven indígena de tan solo diecisiete años de edad, bilingüe, perteneciente a la comunidad de Shuid, ubicada a unas tres horas de la ciudad Riobamba. Este último dato se convirtió en un primer antecedente para comprender cómo el sentido de las distancias y el tiempo, en el contexto rural es distinto al que se percibe en las zonas urbanas. En las comunidades, esta relación tiempo-distancias está asociada a una sensación de abandono. Dicho sentir se explica a partir de la ausencia del Estado, es decir, producto de la dificultad institucional para crear condiciones que permitan una mejor calidad de vida.

De hecho, el acceso a la mayoría los sectores rurales se caracteriza por presentar serias dificultades, las que se relacionan tanto con el estado de las vías como con la frecuencia de locomoción. A ello, debe sumarse la presencia/ausencia de servicios públicos estatales (salud,

educación, policía, registro civil, entre otros) y no estatales (por ejemplo, curas en las iglesias para celebrar los rituales, entre otros). Esta serie de aspectos, construyen espacios rurales “cercaos”, “alejados” o “aislados” para los sujetos que los habitan, escenario que además determina el tipo de relación que se establece entre estas localidades y el Estado.

Por esta razón, en el imaginario de Cecilia su comunidad se ha construido como un sitio apartado y distante, respecto de la ciudad de Riobamba que –ventajosamente– cuenta con la presencia de la gran mayoría de los servicios antes mencionados.

Hace muy poco llegó el camino a la comunidad de Shuid y, con él, la locomoción colectiva, lo que permite de algún modo percibir entre los habitantes un estrechamiento de las distancias locales. Pero, aunque el acceso de vías marca un referente de integración, la ausencia, en general, de instituciones estatales, sigue posicionando a la comunidad Shuid como un lugar “olvidado”, aparentemente abandonado por la mano invisible y protectora del Estado: “noooo, ahí no hay naada, ni policía, ni médicos, naada!, lindo sería que hubiera esto que ayude a la gente” (Guamani, entrevista, 2008).

Es recurrente encontrarse en la comunidad con la idea de que el arreglo de vías o mejoras en los accesos (situación que bien podría denominar integración al desarrollo), trae consigo el mal de las sociedades mestizas, que corrompe las costumbres del “buen vivir” en la comunidad”. Por ejemplo, es frecuente relacionar directamente la llegada del camino, con el arribo simultáneo de la delincuencia que se vincula, según percepciones de los habitantes de la comunidad, con el incremento considerable de robo de animales, violaciones y maltrato a las mujeres:

Nooo, los tiempos han cambiado, y mucho cambio con la llegada del camino. Antes no se veía nada malo, la gente no era mala, no pegaba a las mujeres. Ahora pega mucho los hombres, si hasta ladrones han llegado; roban cosas así y nadie hace nada...” (Guamani, entrevista, 2008).

Otro de los antecedentes que se manejan en la comunidad y que se relaciona con la llegada del camino, es el inicio de procesos migratorios: “la mayoría de gentes se ha ido, con la llegada de la carretera se van

a Cañar a Cuenca” (Guamani, entrevista, 2008). Esta salida adquiere una connotación negativa, en tanto implica un abandono de las personas mayores que quedan solas, a la deriva de un sistema comunitario-estatal que no asume esta problemática.

En este marco, surge una extraña relación entre los miembros de las comunidades y la percepción del desarrollo y la integración a un proyecto nacional, ya que es visto como un hecho negativo que corrompe la tranquilidad y el “buen vivir” de las comunidades:

Con conciencia de causa el difícil proceso de integración, a la que hasta ahora, se resiste. Esa resistencia no es sino una reivindicación del puesto que le corresponde como pueblo y cultura dentro de la sociedad ecuatoriana. Se trata de demostrar con evidencias que esta cultura tiene consistencia en sí misma, un sentido profundo y un destino que le da la capacidad de reconstruirse como pueblo y como cultura a pesar de los siglos de asedio desestructurador y de dominación despótica (Aguiló, 1992:11).

La automarginación de las comunidades de los procesos de desarrollo, se debe a que son percibido como parte de un proyecto de nación un tanto “ajeno”, que pervierte y contradice “sumak kausay” en las comunidades. Esto, me permite comprender la pasividad y el escaso interés en formar parte activa del desarrollo que se evidencia en las comunidades indígenas pobres del sector rural de la sierra. Este breve análisis es parte de la respuesta a todas aquellas interrogantes de organismos internacionales, públicos y privados, cuyos proyectos de intervención en orden a fomentar el desarrollo en las comunidades, no tienen éxito. Con más de una dificultad pueden visibilizar logros y avances que parezcan sostenibles, claro reflejo de la resistencia de las comunidades a estos procesos de incorporación “al desarrollo”.

Retomando nuevamente esta filosofía del “buen vivir”, denominada en kichwa “sumak kawsay”, se encuentra muy arraigada en las comunidades, y está estrechamente relacionada con el concepto de “calidad de vida”, o bienestar. Por ello, desde el Consejo de Desarrollo de los Pueblos y Nacionalidades del Ecuador (CODENPE), se plantea que “es el tiempo de la nueva cultura, de las síntesis inspirada en la natural hermandad de los pueblos, donde cada uno sea parte de nosotros” (CODENPE, 2008:5). Es por ello que las acciones impulsadas por el CODENPE se encuentran encaminadas a generar

Nuevos espacios de participación social, de los pueblos y nacionalidades indígenas, de los Afros, de los nuevos representantes de los taitas y las mamas, de los agentes del autentico saber andino. Es tiempo del retorno de la armonía y del Cielo-Hombre-Tierra, sin injusticias, sin violencia, centrado en la cultura y conocimientos integrados. La nueva conciencia ha llegado corre la savia nueva por el viejo tronco, pues guarda intacto el tesoro de su espíritu (CODENPE, 2008:5).

Asimismo, el concepto del “buen vivir” ha trascendido las fronteras comunitarias, a tal punto que ha sido masificada y apropiada como un discurso político en el que se enmarca el proyecto nacional de actual gobierno ecuatoriano de Rafael Correa de la “Revolución Ciudadana”. El énfasis de esta conexión es poner en evidencia un punto de encuentro real entre el Estado y lo indígena. Este encuentro, basado en el “buen vivir”, exterioriza una interacción dialógica entre ambos actores, lo que permite repensar ambos sistemas, comunitario y estatal como uno solo. Las tensiones en este marco están dadas por lo étnico, cuyo punto de encuentro son precisamente las mujeres indígenas amparadas en la maternidad.

La buena mujer y el matrimonio

Retomando los relatos de Cecilia, debo señalar que su corta edad la concebí prejuiciosamente como una persona de escasa experiencia y conocimientos. Primer gran error de mi parte. Las y los jóvenes indígenas provenientes de los sectores rurales, traen consigo una vida dura y sacrificada, basada en carencias reiteradas que los hacen sentir y ver la vida de modo diferente. Factores familiares que forman parte de su dinámica cultural hacen que a los doce y dieciséis años, las niñas desarrollan roles y funciones ligado a los cuidados que, en los sectores urbanos, habitualmente son atribuidas a mujeres de mayor edad. Las niñas y adolescentes de los sectores indígenas rurales de la sierra, han desarrollado a esta edad ciertas habilidades domésticas como: cocinar, cuidar de los animales y de sus hermanos más pequeños. Esto no es percibido como un obstáculo en su desarrollo; muy por el contrario, representa un adoctrinamiento en la entrega de conocimiento de las labores y funciones domésticas que debe tener una mujer para convertirse en una “buena mujer”, dueña de casa. Esta, además

Es la que no sale de la casa, la que da atendiendo al marido, la que le da lavando la ropa, esperando sentadita al marido listo la comida. Una mala mujer está metida en las organizaciones, capacitándose, esta junto con los hombres; entonces esa es ya la mala mujer la que no tiene nada que hacer en la casa (Lleca, entrevista, 2008).

Este adoctrinamiento surge como una forma de valor agregado al sujeto mujer, ya que el dominio de la actividad doméstica y labores de cuidados, con especial referencia a los niños y animales, las convierte en sujetos valorados: “por lo que pasan en la casa, atienden al esposo, los niños y los animales, esa es buena mujer” (Saravay, entrevista, 2008).

Los elementos externos permiten captar fácilmente la situación de opresión que sufre la mujer en el matrimonio. Excepto la función maternal, que adquiere un relevante papel y que de algún amanaera da cierto poder y decisión, siempre en defensa de los derechos que asisten a la prole, el rol de la mujer es subordinado y de sumisión indiscutida (Aguiló, 1992:51).

En la medida en que las niñas adquieran a más temprana edad estas habilidades domésticas, se les permite tanto a las mujeres como a sus familias, gestar una mayor y mejor demanda de parte del sexo opuesto. Esto facilita a los padres transar en matrimonio a sus hijas con los mejores candidatos de las comunidades: hombres trabajadores y con respaldo económico en animales y tierras. Este mismo hecho sobrepasa las individualidades de las mujeres en la comunidad, ya que existe un involucramiento de otros actores de trascendencia social, como la familia y los padrinos. Estos últimos cobran un rol preponderante en la organización de la festividad, cuando el objetivo es la unión matrimonial:

Como padrinos de boda, el padre del varón se contentan con ofrecer obsequios útiles y funcionales, sin concesión alguna al lujo, que por lo demás es un factor desconocido en el sentido de dispendio inútil, tal como lo concibe y usa la cultura occidental. Solo quizás hay un lujo “típicamente indígena”, en la indumentaria femenina de fiesta y ello en comunidades ya bien conocidas en la provincia de Chimborazo, y en celebración de fiestas de bodas, en donde se vuelca toda la fuerza del prestigio siempre exigido por la comunidad misma (Aguiló, 1992:57).

Sobre el tema, Lieutet señala: “la mujer se ve acosada por sueños y ambiciones conformistas de los padres, para quienes el matrimonio representa para sus hijas un prestigio social y seguridad material” (1994:473). Igual situación viven las mujeres de las comunidades, donde muchas veces son obligadas a aceptar un matrimonio pactado por los padres, lo que genera una suerte de “inconformidad” aceptada por las mismas.

Así, se va construyendo una buena mujer para comprometer, ya que junto con conocer y ejercer de buena forma las funciones domésticas, no es menor el respaldo económico que pueda poseer. Así, “frente al varón, la mujer aparece con la función exclusiva de procreación. En lo demás, sus funciones son de simple colaboradora, subalterna, en las tareas agrícolas, y de “sirvienta” en las tareas domésticas” (Aguiló, 1992:38).

Especialmente creo que va por lo económico, porque ven si la familia de la persona tiene bastante dinero, bastante terreno y además ven que sabe trabajar mucho, que tiene muchos animales y además que no sea una persona que no que le este coqueteando a cualquiera; sino que sea tranquila, que pase en la casa, ah, ah! (Mendoza, entrevista, 2008).

No se puede dejar de mencionar en esta transacción de compromisos maritales, la canasta que reciben los padres una vez que el joven solicita la mano de la niña-mujer. La concreción de este acontecimiento permite la formalización del compromiso. “Son los padres quienes meditan, quizás frente a un vaso de chicha en la taberna o chichería del pueblo, el matrimonio de sus hijos [...] muchos matrimonios son preparados en forma casi inconsulta por los padres” (Aguiló, 1992: 38 y 55).

Acá es diferente no es como allá que se pida con anillo, allá vuelta es diferente, ha sido la tradición de ir a pedir la mano con fruta, con vino, con pan con galletas, con cuy, todo una canasta así, y van así cargando canasta por canasta, saco por saco así, van a pedir la mano, aquí vuelta con anillos no?, allá vuelta es con trago, y por trago que no han de dar, mayoría de las gentes ofrece a las hijas para que les den la canasta, mi papas me andan ofreciendo (Guamani, entrevista, 2008).

Un escenario con estas características, da paso a que en muchos casos sea negada y controlada con mayor ahínco la etapa de la adoles-

cencia en las niñas indígenas, por la connotación sexual que ella implica⁸.

Los padres y la familia más cercana emergen como las principales figuras de control sobre el cuerpo y la sexualidad de las niñas adolescentes⁹. Este control responde a una idea de vulnerabilidad que si, de algún modo, no es controlada, podría desencadenar otro tipo de hechos no contemplados en su potencial transacción social, como es el caso de que sus hijas se conviertan en madres solteras. Así, adquiere mayor comprensión la existencia de frases cotidianas y de permanente circulación en las comunidades, tanto por hombres como por mujeres, como: “mientras más rápido compromete y casa, mejor” (Guaman, Naula, Viñan, entrevista, 2008).

En las comunidades y las familias no existe educación sobre los fundamentos biológicos de la sexualidad. Cuando las niñas tienen su primera menstruación no faltan la golpizas y las acusaciones de haber estado con algún hombre. Los y las adolescentes desconocen el mecanismo de la concepción y tampoco los medios para prevenir embarazos no deseados y el contagio de enfermedades (Agenda de la equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo, 2001: 33).

La sexualidad es un tema tabú en las comunidades indígenas de la sierra. Cuando logra salir, adquiere tintes morbosos o divertidos, encubierto bajo el alero de los comentarios entre sujetos del mismo sexo, ya sean mujeres u hombres. Sin embargo, los matices morbosos de la sexualidad, se esfuman con la maternidad, lo que hace que la sexualidad de las mujeres se maternalice; vale decir, se convierta en una sexualidad enfocada hacia la procreación y no al placer.

Retomando los relatos y comentarios de Cecilia, debo señalar que escasamente eran los esperados –para el imaginario urbano- de una joven de diecisiete años. Más bien, correspondían a las acotaciones de una persona mayor que habla de la vida, de su entorno, de su desesperanza y resignación frente a un medio de privaciones. Sus primeras narraciones daban cuenta de una vida, en su comunidad, con sacrificios y carencias:

Es dura la vida en el campo, se trabaja duro, desde chiquito; No hay dinero, no hay para comprar otras cosas que no sea azúcar de panela, sal y disel. Cuesta mucho para comprar ropa, zapatos así, porque no hay (Guamani, entrevista, 2008).

Estas declaraciones hablan de una vida hostil, no solo para ella y su familia, sino para cada una de las personas que habitan allí. Mujeres, niños y ancianos aparecen como las categorías de mayor vulnerabilidad social:

Los viejitos son lo que están peor, ellos no tienen ni luz, les gusta tomar (alcohol, con canela) y esto es peligroso, da susto que puedan caer oscuro. En el campo ya quedan solos los viejitos, los jóvenes ya no quieren estar allí. Se vienen a la ciudad; así todo va quedando solo, muchos mueren y los otros se van (Guamani, entrevista, 2008).

Tener un mayor acercamiento a la realidad indígena, me produjo un sinnúmero de contradicciones internas que fueron el reflejo de la paradoja que mujeres, hombres y niños viven en su día a día. Contradicciones como aquella que señala que uno de los mayores logros de las políticas públicas focalizadas para la población indígena, tienen relación con la educación bilingüe. Es imposible desconocer tal logro; sin embargo, es muy recurrente ver que los sectores rurales carecen de escuelas a donde los niños puedan asistir, y que en los sectores donde existen, como evidencia el testimonio de Cecilia, los niños/as son maltratados por los docentes enviados desde la ciudad de Riobamba. Esto, que en ningún caso tiene justificación, muchas veces se debe a la escasa o más bien nula sensibilización de los profesionales frente a la interculturalidad. A esto se agrega que los docentes imparten clases de martes a jueves, debido a que los dos días restantes, lunes y viernes, son utilizados para el viaje de retorno a sus ciudades y casas. Por lo tanto, los niños y niñas indígenas de las comunidades rurales no gozan de una educación bilingüe de calidad:

No hay escuela, hay que ir lejos, y allí los profesores les pegan a los niños si no entienden, así comprenden lo que él les enseña, pegan con cuero de vaca. Yo me acuerdo cuando iba a la escuela; yo vi. Esos profesores son de Riobamba, que vienen a tratar mal a los niños de acá (Guamani, entrevista, 2008).

Por ello, se ha convertido en un verdadero desafío personal desarrollar cierta competencia que me permita transmitir esta realidad indígena rural, sus sentimientos y posturas frente a la vida, así como sus constantes carencias económicas que en la gran mayoría de los casos no

son traducidas como tal por los miembros de la comunidad. Esta escasez permanente, configurada como precariedad, tiene como consecuencia que -en muchos casos- las necesidades básicas insatisfechas sean naturalizadas, dando paso a la invisibilización del “derecho a la igualdad y acceso” que tienen como ciudadanos. Sin embargo, esto hecho no deja de ser menor ya que se construye finalmente como una estrategia de negación y resistencia de las comunidades indígenas rurales frente al desarrollo, pues como había señalado anteriormente, la cotidianidad de la vida basada en las carencias es asumida como un desafío social que incita a la supervivencia y por ende a la existencia misma de la salud y la vida.

Así, se construye una realidad en la cual los discursos de un “Estado plurinacional, multicultural”, que asegura y promueve la igualdad de derechos para todos, en la vida y quehacer cotidiano del indígena rural pobre, no existe.

La escasa relación y frustraciones respecto al aparato estatal, así como las deficiencias de la democracia y del estado de derecho, y la preeminencia de culturas políticas autoritarias, han impedido una mayor comprensión y valoración de los procesos de negociación democráticos. En un escenario así, las organizaciones indígenas tienden a suplir algunas de las funciones del Estado por iniciativas propias (Meentzen, 2007:44).

Las negociaciones democráticas entre el movimiento indígena y el Estado, son parte de una apropiación discursiva de las élites, cuyo diálogo aparentemente intercultural aboga por los derechos postergados e invisibilizados de este segmento de la población. Sin embargo, la verdadera lucha del indígena de la sierra pobre y campesino, responde a la necesidad cotidiana de pelear por la sobrevivencia y vencer la escasez del alimento y el abrigo día a día. Esta realidad pareciera no pertenecer únicamente al mundo indígena, sino que más bien tiende a ser una constante en los grupos que viven situaciones de extrema pobreza, como se demuestra en el estudio realizado con las mujeres del Alto do Cruzeiro “para quienes el único milagro consistía en arreglárselas para permanecer vivos” (Sheper-Hughes, 1997:42).

Mujeres maternas

Para las mujeres indígenas es muy importante la maternidad, pues exalta la condición de una identidad femenina, de “ser mujer” en la comunidad.

La familia puruhá-quichua honra a la mujer por su maternidad, y toda maternidad frustrada es tenida por un baldón. Este aspecto lo vemos ya inserto en la tradición oral y reflejada en el simbolismo del cuento, instrumento de expresión popular de las aspiraciones y vivencias más íntimas. La maternidad para el puruhá-quichua no es simplemente tener un hijo, sino tener hijos, los más posibles (Aguiló, 1992:59).

Es importante señalar que este hecho no marca un proceso de conversión de niña a mujer, puesto que desde el nacimiento, el guagua lleva consigo una identidad que lo define como “machito” o “mujercita”. De este modo, todo lo que va adquiriendo el individuo a lo largo de la vida, tiene que ver con procesos de reafirmación de estas identidades.

Ávila establece que la maternidad es una construcción que se contrasta como una imagen estable, homogénea y universal propuesta e impuesta por occidente; asimismo dice “que se trata de un hecho cultural e histórico” (2004:39). El aporte de la autora es incorporar al debate de la maternidad la conceptualización de una construcción histórica que se basa en una perspectiva social. Esta maternidad construida se ampara en un discurso dominante que responde a concepciones culturales distintas, pero que evidentemente han sido retomadas y negociadas por otras culturas. Es así como adquieren relevancia los significados culturales basados en el establecimiento de la norma social, y que determinan la maternidad como parte de una identidad de mujer. Desde esta perspectiva, es interesante constatar cómo la maternidad construye y reconstruye la sexualidad de las mujeres indígenas. Como afirmé en el capítulo anterior, la sexualidad en las comunidades indígenas rurales de la sierra no siempre es percibida como un hecho natural y bueno en sí mismo, sino que más bien se constituye en un tema tabú, con los sesgos de asumir una tendencia morbosa, maligna y sucia. No obstante, el hecho social de la maternidad permite a la mujer indígena deconstruir esta sexualidad, transformada en un hecho puro, noble y fraterno, que enaltece su posición y condición femenina al interior de

la comunidad. En pocas líneas, “se ven sintetizados los valores de la maternidad ufana, el número de hijos como una riqueza y una fortaleza para el ayllu” (Aguiló, 1992:60).

Es así como la dinámica social de las comunidades indígenas rurales, conforme a su cosmovisión, asimilan de forma positiva la reproducción, ya sea de la tierra, de los frutos, de los hijos, porque “la Pacha Mama es el elemento femenino-maternal” (Aguiló, 1992:37) que abre paso a cierto tipo de creencias, denominadas por este mismo autor “religiosidad agraria”, encarnada en la reproducción de la vida. En consecuencia, su dios está representado por la feminidad de la reproducción; por lo tanto, es tierra a la vez que madre. Es por ello que la maternidad entre las mujeres indígenas se representa y define como un hecho relevante, y se erige en el elemento central de posicionamiento social a nivel comunitario.

No obstante, quiero rescatar el significado que tiene la maternidad desde las propias mujeres indígenas. Las comunidades indígenas rurales de la sierra operan en estricto rigor como sociedades patriarcales. La subordinación de las mujeres frente al hombre es un hecho valorado positivamente. Producto de ello se da la siguiente ecuación: a mayor subordinación, mejor mujer se es. La mujer, como categoría social inferior, es fácilmente excluida de los espacios públicos de participación, para ser rigurosamente relegada al espacio privado de lo doméstico.

Aun así, la agencia de la mujer indígena está centrada en la maternidad. Hasta ahora parecía ser que la mujer indígena aceptaba de forma pasiva esta imposición identitaria, lo que dificultaba visibilizar esta agencia. La maternidad se transforma para las mujeres en un “espacio de poder” donde desarrolla plena autoridad, un espacio donde el hombre no llega, pues “los hijos son de las madres”. El rol paterno es asumido bajo cierto distanciamiento:

Efectivamente el embarazo es el signo de la incorporación definitiva de la mujer a la vida comunitaria con “voz y voto”. Ya no es simplemente una “guambra” o la “hija”, sino “mamá”, es decir, persona mayor. Por la procreación tiene la mujer un sector específico donde desarrollar su responsabilidad y autoridad” (Aguiló, 1992:60).

Así, la maternidad permite la integración de las mujeres a un “espacio de poder”, propio, único y restringido, y al cual pueden acce-

der solo las mujeres. Es un espacio de dominación y formación sobre los futuros miembros de su comunidad; por lo tanto, el desafío siempre está latente. La maternidad, más que un hecho biológico, es un hecho cultural. En el caso dado “el hecho de que las mujeres ejerzan un rol maternal exclusivo y extenso, es producto de un traslación cultural y social de su capacidad de crianza y lactancia. Pero no está garantizado ni provocado por estas capacidades” (Chodorow, 1984:51).

Pese a todo lo anteriormente expuesto, existe una especie de descuido social frente a la maternidad. Es frecuente escuchar que las mujeres embarazadas continúan desempeñando las mismas labores que realizaban antes de su embarazo, como cargar las guaguas, dar de pastar a los animales, acarrear agua, lavar, trabajar la tierra, etc. “Además de la maternidad, la mujer tiene a su cargo todas las actividades domésticas y debe ayudar al marido en las labores agrícolas, especialmente en tiempos de siembra y cosecha” (Aguiló, 1992:52). Esta cita describe y reafirma la situación de las mujeres indígenas rurales de la sierra durante la etapa de gestación. La presencia de la maternidad no constituye una causa válida que las libere de su recarga laboral-doméstica. Por ello

No existe para la mujer un periodo de gestación un nuevo estilo de vida, sino que sigue absolutamente el proceso normal del trabajo doméstico y agrícola. Lo normal en la mujer, es tener de 8 a 14 gestaciones, de las que normalmente mueren antes de nacer de 3 a 5 vidas, y en el primer año mueren de 1 a 3, dando un promedio de 5 hijos (Aguiló, 1992:61).

A nivel comunitario, la maternidad es valorada, pero a su vez es naturalizada e invisibilizada por el entorno social. Podría señalar que socialmente se da un proceso que apunta a una maternidad confrontacional, que no facilita a las mujeres enfrentar la maternidad bajo condiciones óptimas, en cuanto al cuidado y atención. De forma confabulada, el Estado y la comunidad impulsan una maternidad que se ve fraccionada y violentada por la ausencia de atención y cuidado, lo que atenta contra la propia vida de las mujeres. Pese a la importancia que se le atribuye a la fecundidad, la procreación y la reproducción, las comunidades indígenas no han generado los mecanismos de cuidado y atención necesarios para que la mujer pueda dar a luz de forma tranquila y segura, sin que el parto comprometa la vida de la madre y/o del guagua.

Por ello, la maternidad, si bien se constituye como un espacio político reservado a las mujeres, en la comunidad no es un hecho fácil. Muchas veces se ven forzadas a contraer matrimonios a temprana edad y asumir una maternidad impuesta:

Hay muchas niñas, en mi comunidad, muchas niñas son casadas jovencitas, a los 14 años, a los 15 años son casadas a los 16,17, 18 años ya tienen dos, tres niños, y por eso la comunidad, mi comunidad al menos no supera que están los niños desnutridos, no hay mucho terreno en el que cultivar y hay mucha gente que van migrando y hay muchos niños que se mueren (Viñan, entrevista, 2008).

Por otra parte, con respecto al asunto del autocuidado en el proceso del embarazo, el tema de las energías es preponderante, y adquiere un significado mayor en lo relativo a la salud. Las mujeres indígenas procuran cuidarse bastante del “mal aire” y del “mal de ojo”. Estos son males que circulan generalmente en los campos y provienen de las “malas energías” que absorben las quebradas y los montes, energías que vagan en los campos para meterse en el cuerpo de los más débiles y causar daño. Por ello, no es extraño que los embarazos muchas veces se oculten bajo sus abultadas ropas, con la finalidad de proteger y no atraer malas energías que puedan lastimarlos a ambos.

Es así como la maternidad se encuentra cruzada por una serie de elementos que influyen y moldean su significación y resignificación; “la cuestión de la “diferencia” fue un planteamiento central para mover las viejas maneras de analizar la maternidad. La evidencia de los efectos de la diversidad en las identidades raciales, étnicas, de clase, sexuales, de edad, de región y de nación, mostró claramente que el sentido de esta práctica está multideterminado y que debe ser estudiada localizada-mente” (Palomar, 2005:52).

Estas dinámicas maternas de la sociedad indígena de la sierra, a modo de ejemplo, moldean prácticas sociales que tienden a justificar aquellos embarazos de madres solteras en que se desconoce el padre del guagua, con el objeto de no configurar la maternidad como un hecho negativo que desvirtúe esta condición femenina de las mujeres. Este evento puede ser claramente observado cuando en las comunidades nacen hijos del “Chimborazo” o del “arco iris”. “Particular peligro representa para la mujer; dicese que la mujer afectada por el huichi¹⁰ queda preñada” (Aguiló, 1992:22).

La explicación que para este hecho, es que las mujeres en sus días fértiles, han estado solas en las cercanías del Chimborazo pastando a los animales, o bien en días de sol y lluvia pasan bajo el un arco iris, quedando embarazadas:

Un elemento sexual: la presencia demoníaca del supay es el elemento masculino intruso, que persigue a la mujer por el encantamiento de la luz y el color [...], no se descarta el factor funcional de esta intrusión sexual de huichi; justifica en el subconsciente cualquier percance sexual prohibido por las normas” (Aguiló, 1992:22).

Los niños que nacen producto de relaciones efímeras y ocultas, son aceptados en las comunidades sin mayores cuestionamientos. “La típica madre soltera es, pues, para la cultura puruhá-quichua, una de las tantas alternativas normales, aceptables, algún tanto fatalísticamente y como un mal menor” (Aguiló, 1992:41). Esta situación permite comprender aquella tendencia social en las comunidades que impulsa la conversión de las mujeres hacia la maternidad, reduciendo de forma considerable el control social hacia aquellas mujeres que se convierten en “madres solteras”:

Otro caso muy distinto es el de la “madre soltera”. Si bien actualmente es un fenómeno generalizado, es evidente que no resulta tanto un fenómeno cultural autóctono cuanto un subproducto de la institución incaica del “sirvinacu”, y la legislación actual respecto del matrimonio. La tolerancia puruhá-quichua al hecho de las madres solteras reside precisamente en la valoración de la maternidad como acto en sí más o menos desligado de la paternidad (Aguiló, 1992:71).

Por lo tanto, los estereotipos femeninos que se transan en las sociedades indígenas, vienen a reforzar identidades de género que “maternalizan” a la mujer; esto en un plano de obligatoriedad aceptada. Así, la maternidad muchas veces deja de ser una opción, para convertirse en una obligación. Riley (2006) aporta una serie de elementos necesarios para introducir al cuestionamiento acerca de qué sucede cuando existe una norma social reconocida, aceptada y legitimada, que permite a los individuos posicionarse en un plano de inclusión o exclusión social, conforme se encuentre presente la maternidad; vale decir, en los marginados y los integrados, dependiendo de si se opta por la

aceptación o rechazo de esa norma, en este caso, la maternidad. Este hecho sería responsable del silencio de las mujeres indígenas para preguntarse acerca de la norma social impuesta de la maternidad, o acaso como señala Riley “inequívocamente se desea esta inclusión social?” (2006:3) dada por la norma de la maternidad. Este “inequívocamente” vale decir sin espacios a cuestionamientos, es lo que me lleva a problematizar la forma de asumir la maternidad en las comunidades indígenas. Puedo señalar entonces, que la maternidad ha sido construida de tal modo que, socialmente, es un factor de peso para las mujeres en los procesos de inclusión social en sus comunidades, pues podría verse reforzado por un sentido “de la pertenencia, del reconocimiento espiritual y de la comunidad que usualmente lo acompaña” (Riley, 2006:4), dotando de un sentido más amplio a la maternidad, como un espacio político social que suscita para las mujeres la integración e inclusión social a un cierto espacio que les otorga poder total.

Esta situación explica lo incuestionable de la maternidad, como parte de una identidad inclusiva de las mujeres en sus comunidades, lo que se asimila como parte de las dinámicas sociales, de las cuales todos esperan ser parte, en tanto la forma de lograrlo es a través de la maternidad, sin someter a juicio el “deseo” de ser o no madres, “esto, irónicamente, es concomitante con la promoción de nuevas formas” de concebir la maternidad, en base a una representación simbólica de estos espacios políticos de poder y agencialidad (Riley, 2006:4).

Otro de los elementos a considerar en esta discusión acerca de la maternidad en las comunidades indígenas, a partir de la representación simbólica de la inclusión social, es que “ser socialmente reconocida significa también estar tabulada, vigilada y regulada” (Riley, 2006:12) por la misma norma dominante. De este modo, las mujeres que aceptan la maternidad están constantemente vigiladas y reguladas por esta norma social comunitaria de ser madre, es decir, existen pautas sociales que van a restringir su comportamiento, ligándolo al *deber ser* de “buena madre”. Esta inclusión social condiciona su comportamiento, pese a ello, este espacio político de la maternidad continúa siendo un espacio reservado exclusivamente a las mujeres de la comunidad.

Embarazo y parto en el hospital

La decisión

Al establecer un análisis con respecto a la no utilización o demanda de las mujeres indígenas a los sistemas de salud pública, no podemos obviar el rol que cumplen los hombres, sus esposos o parejas, en este proceso. Ellos son los que “salen” a trabajar, los que gozan de ciertas garantías en el ámbito público de sus comunidades, como participar de los cabildos, tener injerencia en las decisiones de la comunidad y, finalmente, acceder a los cargos de sus organizaciones con mayor facilidad; El hombre disfruta entonces de una variedad de privilegios, no solo al nivel social de su comunidad, “sino en la totalidad de la persona [de su esposa]: el marido no es solo propietario de la ‘mercancía’ sexual, sino de todo lo que es ‘su mujer’, incluyendo su fuerza de trabajo y su capacidad reproductiva” (Moreno,1995:13). Así, las mujeres indígenas rurales, son las encargadas principalmente del cuidado de los niños, los cultivos, los animales y los quehaceres del hogar; ”una excelente mujer es aquella que tiene un hijo en el vientre, lleva otro de la mano y es seguida por un tercer hijo” (Lieutet, 1994: 475).

El género es un concepto tajantemente rechazado por hombres y mujeres de las comunidades, pues “este es un concepto de occidente que no tiene que ver con nuestra realidad” (Miñarcaja, entrevista, 2008). Aun cuando se desconoce en las comunidades esta terminología occidental, existe un concepto denominado “complementariedad y paridad” como parte de la cosmovisión andina, para referirse a las nociones y estructuras de género que rigen y justifican sus propias dinámicas en las comunidades. No es mi intención profundizar en este aspecto, mas resulta útil para comprender que muchas acciones, conductas y decisiones de las mujeres se encuentran cruzadas e influenciadas por estas estructuras de género que determinan y justifican el proceder de hombres y mujeres en un determinado contexto.

A mi juicio, el género y la complementariedad es un tema que está en permanente discusión. El debate manifiesta las tensiones y divisiones existentes entre grupos, cuya inclinación e interés está dado, ya sea por fomentar un sistema que perpetúa la subordinación de las

mujeres, o bien por promover un sistema que evidencia sus derechos y autonomía. En las comunidades están presentes ambas tendencias.

La primera tendencia está conformada por quienes apelan al concepto de género como responsable de las brechas y crecientes inequidades que viven las mujeres al interior de sus comunidades. Este grupo es el que, en su gran mayoría, ha sido partícipe de capacitaciones y talleres que imparten las diferentes Ong's que operan o han operado en la zona. La segunda tendencia quizás tiene matices más esencialistas. Está integrado por quienes desconocen el género como categoría, y que apelan a su propia cosmovisión andina para entender las relaciones entre hombres y mujeres al interior de sus comunidades.

El género, entendido desde una cosmovisión andina, es lo que se conoce, como indiqué más arriba, por “complementariedad y paridad”. Esta dinámica establece que hombres y mujeres se complementan; por ello se entiende y justifica que el hombre trabaje fuera del hogar y la mujer dentro del hogar. Según esta concepción, los hombres nunca deciden solos en una asamblea. Por ello es que las propuestas se presentan en una primera asamblea y la toma de decisiones acontece en una segunda asamblea. Esto se explica de la siguiente forma: las mujeres escasamente participan de las reuniones comunitarias, pues son relegadas al espacio privado: por esta razón se quedan en la casa al cuidado de los hijos, y finalmente, dada esta división de roles, es el esposo quien asiste a las reuniones. Como ambos son complementarios, el esposo traspasa a su esposa la información y propuestas presentadas en la asamblea, se discute entre ambos el tema para lograr un mutuo acuerdo que será presentado de forma posterior por el hombre en la segunda asamblea. Casos como éste y muchos otros, son entendidos, explicados y legitimados desde esta visión andina de género. Pese a lo anterior, esta tendencia invisibiliza y llega al extremo de justificar la violencia doméstica¹¹, invisibilizada de la agenda de las mujeres, pues este tipo de situaciones son más bien percibidas como un problema de carácter doméstico, y que responde a los procesos de formación de la mujer como “esposa”; por lo que sería un conflicto de carácter doméstico que debe ser resuelto en el plano de los entendimientos familiares.

En el Taller de Adecuación Cultural del Parto celebrado en el Hospital Cantonal de Colta, se categorizó a los hombres como algunos de los responsables en la decisión de las mujeres de no asistir a los centros de salud. Por ello, en la sistematización de estos talleres, se declara

que “existen inequidades de género (machismo) que no permiten tomar decisiones propias a la mujer” (Taller de Adecuación Cultural del Parto, Hospital Cantonal de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta). A muchos hombres no les parece que las mujeres asistan a los centros de salud, porque dejan a los niños solos, dejan la casa, no hay quien cuide los animales, y así una seguidilla de actividades que están destinadas a la mujer, y que el hombre difícilmente asume. Las propias mujeres expresan: “los maridos se ponen bravos cuando nos demoramos en el hospital” (Memoria. Encuentro de Mujeres warmikuna Tandana-cushka Alli Causaimanta, Mujeres Unidas por una Vida Mejor, 2001).

El parto

Los partos en los hospitales están muy lejos de asumir culturalmente la connotación que se le da en la comunidad. Primero que nada, para la concepción indígena el parto es un suceso “cálido”; en cambio, en los hospitales, debido a sus sistemas de esterilización e infraestructura, se transforma en un hecho “frío” y expuesto. Por consiguiente, muta en un espacio antagónico a lo usualmente practicado en las comunidades.

Los sistemas de higiene utilizados en los hospitales, obligan muchas veces a las mujeres a ser bañadas en los mismos establecimientos con agua fría. Esta situación contradice el saber indígena, pues para ellos esto tarda la dilatación y disminuye las contracciones. En este escenario y bajo estas condiciones de “frialdad”, las mujeres aumentarían su sufrimiento en el proceso de parto. Esto, para las mujeres indígenas representa un maltrato físico por parte de los profesionales de salud. A ello se agrega el maltrato psicológico, sobre todo hacia aquellas que son madres solteras indígenas, quienes –en muchas ocasiones– reciben insultos de parte de las enfermeras.

También existe una fuerte crítica desde las comunidades, con respecto a la posición en las que se les hace dar a luz, en atención a “que no se respeta la voluntad de la mujer para dar a luz”, puesto que los partos en los hospitales ocurren sobre camillas y en posición horizontal¹².

La sobreexposición es otra de las variables que incomodan a las mujeres indígenas de la sierra de los sectores rurales, pues el tabú de la sexualidad las hace ser muy pudorosas con sus cuerpos; del mismo

modo, a causa de las condiciones geográficas o climáticas, están acostumbradas a usar muchas prendas de vestir, lo que trae consecuencias al momento del parto en los hospitales. La tendencia de la atención en los centros de salud es descubrir y mostrar el cuerpo, lo que incomoda y hace sentir expuestas a las mujeres, motivando un rotundo rechazo a estas prácticas hospitalarias. “El pudor en la mujer es más ubicable e intensamente ejercido en su conducta. La desnudez femenina es una pauta cultural inexistente en la mujer puruhá-quichua” (Aguiló, 1992:167). A esto se agrega que “no existe confianza con profesionales hombres, no así si la persona que atiende sea mujer”, debido a la mayor presencia de hombres como profesionales médicos en los centros de salud.

Asimismo, la placenta posee un significado¹³ en el mundo indígena; por ello, es mal visto que los médicos jalen la placenta de la mujer, sin esperar que la propia mujer la expulse.

También existen objeciones con respecto al tema de recursos, seguimiento y alimentación. Con relación a los primeros, las mujeres aducen que “no se tiene dinero para poder pagar los gastos del parto, la movilización. No toda la gente en las comunidades tiene como moverse a otros lados, no hay muchos carros” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta). Ahora, sobre el seguimiento, este sistema no existe en los centros de salud, a diferencia de lo que acontece en las comunidades, donde las parteras realizan esta acción alrededor de un mes luego del parto.

El factor alimentario es otra de las variables que influye notablemente en la decisión de las mujeres. En las comunidades se acostumbra a dar agüitas calientes (de hierbas), así como caldos de pollo que dan fuerza a la parturienta para poder pujar, para que de esta manera el guagua sea dado a luz en el menor tiempo posible, evitando prolongar los dolores a la madre. La comida con nutrientes o los concentrados de caldo de pollo, que habitualmente consumen, se perciben como fuentes de energía cuya ingesta contribuye a afrontar con mayor fuerza el parto. En cambio, en los servicios de salud pública, la comida se da en un determinado horario, con dietas livianas, “desaliñadas”, como suelen decir las mujeres. En síntesis, para las mujeres indígenas la alimentación hospitalaria, no coincide con los tiempos y la calidad a las que ellas están acostumbradas.

Frente a este sinnúmero de variables, el resultado más visible es el constante miedo al maltrato en los centros de salud, engendrando una mayor resistencia a recibir la atención y servicios.

Baños de agua fría

Cuando comencé mi investigación, y realicé las entrevistas a las mujeres indígenas de las comunidades, me interesaba indagar principalmente sobre las razones por las cuales las mujeres no acudían a recibir la atención de los partos en los centros de salud. La primera respuesta siempre fue la misma “porque bañan con agua fría”. No logré comprender esa afirmación hasta esta fase de la investigación. El baño de agua fría es una práctica recurrente en los centros de salud, y representa una de las mayores quejas de las mujeres indígenas con respecto a la atención. Para las mujeres, esta práctica se visibiliza como un acto de maltrato que solo consigue forjar mayor resistencia e infunde miedo y temor con respecto a los hospitales y centros de salud:

Yo tengo seis hijos. Cuatro mujeres y un varón, nacieron en la casa. Yo tenía miedo de ir al hospital porque decían que maltrataban los doctores que hacían bañar en agua fría, a mi me atendía mi suegra, ella me veía y me atendía y todo eso (Partenón, entrevista, 2008).

Esta práctica para nosotros los mestizos, puede carecer de sentido, como fue mi primera impresión. Sin embargo, estas voces estaban presentes en cada uno de mis intentos de indagar lo complejo de esta realidad. Las mujeres de las diferentes edades y categorías lo señalaban siempre:

Por el trato también, porque siempre los que quejan las mujeres, es que el médico o la enfermera, les dicen que son sucias que son cochinas, y eso que cuando llega a dar a luz con sangre y todo eso, les hacen bañar con agua fría, y le tratan mal (Mendoza, entrevista, 2008).

Los baños de agua fría adquieren una connotación totalmente diferente en el mundo indígena. Esto, se debe a que en las comunidades el baño de agua fría, representa una forma de “sanción” que se enmarca dentro de los procedimientos de la justicia indígena y que está directamente relacionado con la limpieza del cuerpo y del alma. De este modo,

cuando las mujeres acuden a los hospitales para dar a luz y son bañadas con agua fría, asimilan esta práctica a lo que se habitúa en sus comunidades; vale decir, sienten que reciben una especie de castigo hacia su maternidad por parte de los profesionales que les atienden. Visto desde esta perspectiva, la maternidad sería percibida en los centros de salud y hospitales como algo sucio, impuro y que, por lo tanto, debe ser o sancionado. Los encargados de hacer patente este malestar serían los centros de salud pública a través de sus profesionales.

Es así como el baño de agua fría asume otras connotaciones, que van más allá de un malestar físico de experimentar y sentir cambios de temperatura corporal, pues está estrechamente ligado con la representación de sus propias prácticas.

Existen técnicas invasivas, como los excesivos tactos, que hacen también a las parturientas sentirse incómodas, pues lo consideran un tipo de maltrato físico, sumado al baño en un ambiente frío y con agua fría.

Los constantes maltratos son el pedestal de la resistencia de las mujeres indígenas para acudir a consolidar su maternidad en los hospitales o centros de salud, como formula una de las entrevistadas:

El trato, más que todo como que no querían atender; más que todo, más atención a la gente mestiza. Al rato de dar la atención en el parto, una enfermera grosera, aguántate señora dijo; así como te acostas con el esposo ahora tienes que aguantar dijo; entonces eso me vino a la mente, me tratan en esa forma y uno se pone desesperada y todo (Entrevista, Naula, 2008).

Ruta hacia la discriminación

Para poder analizar este punto fue necesario reconstruir las trayectorias que siguen hombres y mujeres indígenas desde los sectores rurales, hasta los hospitales, centros y subcentros de salud. El análisis tiene por objeto evidenciar aquellos aspectos que permanecen ocultos a los ojos de los profesionales de la salud, en tanto son quienes, con la calidad y el tipo de atención brindada, cierran esta ruta de discriminación.

Como ha se ha mencionado, la variable económica se transforma en uno de los factores que incide en la decisión de mujeres y hombres para bajar a los centros y subcentros de salud en busca de atención médica. Esto se debe al insuficiente circulante que manejan las familias de escasos recursos de las zonas rurales. En este sentido, se requiere de una planificación, que contemple la incorporación de recursos adicionales para poder cubrir gastos como el pasaje de la locomoción colectiva y la compra de los posibles medicamentos que prescriba el profesional tratante.

Ante la escasez de recursos monetarios, las personas, sobre todo las mujeres, se ven en la obligación de optar entre comprar insumos básicos, tales como sal, panela y diesel, o bien concurrir a un servicio de salud. Cuando se tiene algo de circulante, se guarda para cuando haya que bajar hacer esas compras, ya que la sal es indispensable para el sazón de la comidas, la panela para endulzar las aguas y el diesel es un elemento abastecedor de energía o luz. Sin embargo, cuando se “baja” al médico, ya con este condicionante económico presente, se sortean además una seguidilla de pasos hasta llegar al centro de salud y ser atendidos por el personal que allí labora.

Entre las mujeres, es sabido el trato que se brinda en los centros de salud cuando además se agrega la variable indígena rural: “las mismas compañeras que reciben atención en el hospital, llegan y cuenta en sus comunidades como fue tratada, y a las otras da miedo ir al hospital después, no quiere ir, porque dice que trata mal, que baña con agua fría” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta). Esta aseveración se reitera a menudo en los espacios de mujeres de la comunidad, por lo que adquiere gran relevancia. Entre ellas se establecen redes de información destinadas a socializar y transmitir sus experiencias de maltrato en los centros de salud. De hecho, cuando las mujeres llegan a las comunidades después de dar a luz en los centros de salud, son visitadas por las otras mujeres de su misma comunidad con dos objetivos principales: conocer y dar la bienvenida a la comunidad al nuevo miembro e informarse por el tipo de trato recibido en el hospital o en el centro de salud.

Sin duda que el interés de los mismos jambidores esparce rumores que sirven para defender sus clientes y apartarles de la medicina química. En las comunidades más alejadas esos rumores ponen en guardia con-

tra “la mala suerte”, que contrae el contacto con los hospitales, dispensarios, farmacias, etc. Cuando el miedo mágico es menos consistente, los rumores emplean recursos más realistas: se cobra excesivamente, retienen a los enfermos, etc. muchos de esos tópicos pueden ser pulverizados por el efecto de imitación, el mejor medio de concientizar al puruhá-quichua (Aguiló, 1992:173).

Estos espacios podrían catalogarse como determinantes en los procesos de resistencia de las mujeres para acudir a los centros de salud. La experiencia de atención es transmitida y socializada al conjunto de mujeres de su comunidad. Si esta tiene matices negativos, de maltrato y discriminación por parte del personal de salud, se fortalece una mayor renuencia de las mujeres para acudir a los centros de salud. Sin embargo, si ha existido una experiencia positiva de atención (inexistencia de baño con agua fría, ausencia de insultos, información adecuada del procedimiento del parto, entre otros) puede constituirse en un factor que funcione como estímulo para atenderse en los centros de salud. Ello, en tanto se robustece en alguna medida la confianza de las mujeres hacia estos establecimientos, permitiendo disminuir el temor de sufrir maltrato y discriminación.

El maltrato que reciben las mujeres indígenas en los centros de salud, es una de las principales quejas frente al sistema estatal. Estos maltratos se originan por varias causas, entre ellas:

Al no hablar el mismo idioma, entre el personal de salud y la paciente, existen dificultades de comunicación y no hay traductores todo el tiempo. Sacan a los familiares que vienen acompañando al hospital, en la comunidad en cambio la familia está junta, acompañando. Maltrato físico (baño con agua fría) y psicológico en especial con las madres solteras. Ambiente físico es cálido en casa y frío en el hospital. No se respeta la posición en la cual la paciente desearía dar a luz. Hay un irrespeto al pudor de la paciente. Miedo a ser maltratada. Económicamente no se tiene dinero para poder pagar los gastos del parto: desde la movilización. La partera da un seguimiento durante un mes después que la mujer dio a luz. No existe confianza con profesionales hombres, no así si la persona que atiende sea mujer. La alimentación del hospital no satisface la realidad de la parturienta, (tiempo en el que se sirve la alimentación, así como la calidad de la misma)” (Taller de adecuación cultural del parto. Hospital de Colta, 21 de Julio de 2008).

El maltrato más frecuente en los hospitales, proviene del tema de la higiene personal. Toda mujer indígena, más aún si proviene de la zona rural, es catalogada como “sucias”. Otro de los maltratos percibidos es la pérdida de la individualidad de cada sujeto mujer, mediante el apelativo generalizado de “María”.

Frente a estos conocidos episodios de maltrato, las mujeres ponen especial atención a su higiene corporal cuando se planifica una salida al centro de salud. Con el objeto de evitar ese maltrato, “ellas bañan bien, antes de ir al médico, con agua fría incluso, van con su ropa bien limpia” (Cucurí, entrevista, 2008).

Los centros de salud y su demanda de atención se perfilan como los principales gestores de una ruta hacia una discriminación y maltrato. Esta comienza antes de concretar la visita al centro de salud.

Cuando una mujer tiene que salir al siguiente día, por ejemplo, al hospital, ya por la tarde, ya se comienza a preparar, porque la mayoría de los hombres salen a trabajar, entonces ella queda a cargo de los niños y los animales, entonces tiene que preparar la alimentación de mañanita para los niños porque se van a la escuela y dejar amarrando a los animales, en este caso la oveja, el chanco, todos los animales que tenga, y sí que es posible dejándoles comer a los ganados; así, entonces se levanta muy temprano, puede ser a las tres de la mañana, que ya está caminando para dejar todo hecho, entonces deja todo listo y va (Mendoza Guamán, entrevista, 2008).

Esta afirmación deja de manifiesto el grado de compromiso y cumplimiento de las mujeres indígenas respecto a sus funciones domésticas, como rol prioritario dentro de la unidad familiar. Esta carga doméstica se entremezcla con el inicio de la ruta hacia la discriminación, porque el compromiso de cumplir con sus tareas domésticas se sobrepone a su bienestar personal en temas de salud.

La locomoción colectiva es un agente condicionante en estas trayectorias, ya que generalmente su paso se encuentra distante de los hogares, por lo que deben caminar largos trayectos:

Pero, en el camino mismo si no llueve, está más o menos bien, pero hay polvo, porque no es que esta nada pavimentado, la carretera no, es todo tierra, y en algunas comunidades bajar de arriba así, o sea es un camino bien pequeñito, tiene que bajar así a la parroquia; ahí tiene que caminar

bastante una media hora así, y si es que hay carros, en algunas comunidades, media hora camina hasta coger el carro y de ahí bajan, dependiendo de la distancia de la parroquia. Entonces de ahí sí; pero para eso tiene que, si se preocupan en bañarse en las comunidades, se bañan se peinan, todo eso, en el camino van cogiendo su cabello, amarrando su cabello (Mendoza Guamán, entrevista, 2008).

Debido al lodo, los caminos generalmente se encuentran en mal estado y poco transitables. Por ello, es común que la gran mayoría de mujeres utilice botas de caucho hasta llegar al punto donde son recogidas por el bus de locomoción colectiva. En ese momento, se colocan sus zapatos y prosiguen con su viaje. En general, las mujeres indígenas rurales de la sierra no utilizan una variedad de productos, cuyo uso ha sido incorporado por las mujeres mestizas, como ropa interior, toallas sanitarias, antisudorales y colonias. Esto acentúa el desprendimiento y mezcla de olores corporales, atribuidos por los médicos a una “falta de higiene”:

Tiene que caminar bastante, y en este caso tiene que sudar bastante para llegar hasta el centro de salud, y como no hay transporte y como hay que caminar, entonces viene ensuciándose así; igual dependiendo a qué altura ponga el anaco [falda], por ejemplo en nuestra comunidad nosotras ponemos el anaco más abajo entonces al bajar del camino se ensucia nuestro anaco, como que va recogiendo el polvo. Entonces, al mismo tiempo, al ensuciarse el anaco, como que al toparse con el pie ahí también ensucia el pie, en este caso no es la culpa nuestra, de la mujer, que viene sucia o que no viene bañada, yo sé que se prepara para ir al centro de salud, el problema es que el camino la distancia que hay que caminar a pie, y el polvo y el lodo que nunca falta en el camino nos ensucia (Mendoza Guamán, entrevista, 2008).

Es así como existe una serie de factores que inciden en el círculo vicioso de discriminación. Las mujeres, conocedoras de esta situación, implementan ciertas estrategias para acudir a un centro de salud, como por ejemplo “hacerse acompañar” por otra mujer de su comunidad, una vecina, su esposo, o alguien de confianza:

Y en el camino si es que se encuentran con alguna vecina ya van las dos así, creo que nunca va solo en uno, siempre va acompañada al hospital, al centro de salud, en este caso. Siempre va acompañada de una vecina, porque ya una semana antes o la tarde antes ya está conversando “que

yo me voy, ¿por qué no vas? Entonces ya, como que conversan y se ponen de acuerdo para salir al centro de salud” (Mendoza Guamán, entrevista, 2008).

Esta estrategia puesta en práctica por las mujeres indígenas, tiene semejanza con la minga comunitaria, muy frecuente en las comunidades, impulsada por un sentido solidario. De este modo, quien acompaña tiene –posteriormente- la posibilidad de ser retribuida en su próxima visita al centro de salud.

En la reconstrucción de esta ruta discriminatoria hacia los centros de salud, es ineludible manifestar la escasa frecuencia de los recorridos de la locomoción colectiva, debido a la dificultad de acceso a vías o carreteras. Este factor se constituye como otra de las condicionantes de la ruta, ya que producto de ello se limita la programación de los tiempos de las mujeres, que deben ser adecuados a la frecuencia horaria de los recorridos.

El bus baja trayendo tempranito y ya vuelta regresa a medio día, entonces las personas deben apurar, vuelta se queda sin bus debe pagar carro, que ese cobra 15 dólares hasta la casa y ahí depende si usted va más arribita más caro, 20 dólares y así vuelta si va más abajito unos 10 (Guamani, entrevista, 2008).

La escasa frecuencia de locomoción colectiva que lleve a las comunidades, no es únicamente una variable que condiciona los tiempos de las mujeres al desplazarse hacia las cabeceras cantonales; además, se transforma en un espacio de maltrato en la ciudad. Según las entrevistadas, esto se liga a la menor o mayor presencia de mestizos como propietarios de los servicios:

En las comunidades no tanto en las comunidades, creo que pasa en lo que urbano en la ciudad especialmente, porque la gente que tiene bus son de la misma comunidad, son indígenas, entonces como que no existe mucho de eso de llamarle “Marías” tal vez existirá algunas personas que son mestizos, y tal vez ellos” (Mendoza Guamán, entrevista, 2008).

Sin embargo, hace 30 años atrás, las mujeres indígenas mayores vivieron con mayor frecuencia incidentes de maltrato en la locomoción colectiva:

Antes sabían tratar mal, cuando se subía a los carros, sabían así quitar los sombreros, porque decían que nosotros no sabemos pagar pasaje. ‘Porque saben ser indios, ustedes van atrás’, gritaban, “esos indios”. Yo no vivía mezclado así, antes vivíamos en la casita, no salíamos ni al trabajo, solo vivíamos en la agricultura trabajando el granito; antes comíamos habitas tostadas, maíz tostado, melloco, antes matábamos puerco, hacíamos fritada todo eso, ahora mejor, señorita, discúlpeme, ya ha cambiado todo, no salíamos mucho, había miedo (Partenón, entrevista, 2008).

Por ello, las salidas al pueblo son poco frecuentes, asumiendo matices de un trámite muy puntual: bajar a hacer lo que hay que hacer y regresar de forma casi inmediata a la comunidad. Eventualmente, quedarse sin el bus de regreso, tiene un costo demasiado alto para ser asumido por las mujeres indígenas, en un contexto donde el dinero es escaso.

Una vez que las mujeres llegan a los hospitales o centros de salud, hay un evidente deterioro de sus ropas y del cuerpo, debido a que se han ensuciado y transpirado, producto del ajetreo del viaje. Existe premura por hacer los trámites, entre ellos la visita al médico, y las compras respectivas.

El regreso del bus en las comunidades, bajo la imposición de una condición horaria, hace que las mujeres requieran de una atención rápida y oportuna en el hospital o centro de salud, para no perder el bus que las llevará de regreso a sus hogares. Sin embargo, esta distinción no es tomada en cuenta por las instituciones, ya que el procedimiento para la atención en salud es por orden de llegada. Sin embargo, esta política no siempre se cumple, pues, según la percepción indígena, a quienes se da prioridad en la atención es a “los mestizos”. A esto se agrega que “los tiempos de espera se comportan de diferente manera entre hombres y mujeres y hay diferencias importantes entre el campo y la ciudad” (Villacrés y Yépez, 2002: 90).

Como se observa en la Tabla 1, el tiempo de espera de las mujeres rurales de la sierra, es el que marca el indicador más alto dentro de la variable “mujeres rurales”, comparativamente con las mujeres de las zonas rurales de la costa. Por ello, no es casual que estas mismas percepciones hayan sido recogidas en el “Encuentro de mujeres warmikuna tandanacushka alli causaimanta”, celebrado en Riobamba:

Cuadro 1
Tiempo de espera promedio en centro de salud por género

Región	Tiempo de espera promedio			
	Hombres		Mujeres	
	campo	Ciudad	Campo	ciudad
Costa	31	33	35	44
Sierra	32	39	40	38
Promedio	32	36	37	31

Fuente: SIISE versión 2.0. Ecuador 2001.

Nos da miedo asistir a los centros de salud y hospitales [...], nos atienden al último, no nos atienden rápido, nos hacen perder el tiempo. El centro de salud o el hospital está muy lejos de la comunidad, las consultas resulta muy cara porque hay que gastar en pasajes. Los médicos y enfermeras visitan una vez al año la comunidad, solo cuando hay vacunas. Los maridos se ponen bravos cuando nos demoramos en el hospital, la responsabilidad del cuidado y salud de los hijos lo dejan solo a la mujer (Memoria. Encuentro de mujeres warmikuna tandanacushka allí causaimanta, Mujeres unidas por una vida mejor, 2001).

En el momento de la atención, son maltratadas por el personal de salud, criticadas por llegar “sucias” y con malos olores:

La forma de vestirse y abrigarse tan estricta y total, que busca retener el calor humano como defensa contra el ambiente exterior, nos lleva a decir algo sobre un aspecto no tocado: el pudor. La vestimenta para el puruhá-quichua es algo constitutivo de su personalidad; por eso nunca se desprende de ella ni aún para dormir (Aguiló, 1992:166).

La solicitud del médico, de que se descubran el cuerpo para examinarlas, trae consigo comentarios –e incluso insultos- ligados a una supuesta falta de higiene. Pero además, este desnudarse, acentúa una mayor vulneración de sus cuerpos, basada en la vergüenza, el pudor y la incomodidad. En un taller realizado en el hospital cantonal de Colta, se sistematizó la siguiente información: “se percibe un maltrato psicológico al: violar su pudor, dejarle sola, expresiones fuera de lugar o la forma como se lo dice ya sea a la parturienta o acompañantes” (Taller

de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

Estos espacios institucionales tan poco cálidos en cuanto a infraestructura y atención, se perfilan como antagónicos a lo que representa para las mujeres ser atendidas en sus comunidades, donde la calidez humana y física permiten hacer más llevaderos los dolores de un parto o una enfermedad. Es un temor latente que en el peor de los casos, sean retenidas en este lugar, por el concepto de hospitalización.

Los hospitales son fríos, no gustan a las mujeres indígenas, pasa frío dormir ahí. En el campo se duerme entre cobijas y con ropa para pasar el frío; en los hospitales ponen sabana, uno en la comunidad no usa sabana. No está acostumbrada porque es muy fría; solo entre cobijas se duerme (Entrevista, Cucurí, 2008).

Resumiendo, la mujer indígena rural vive de forma constante “la triple subordinación: ser mujer, ser pobre y ser indígena, es una verdad que las estadísticas no reflejan” (Agenda de la equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo, 2001: 5).

Conclusiones

Una de las tensiones más evidentes en esta construcción de modelos de salud, cuyo punto neurálgico está en la atención brindada a las mujeres indígenas de la sierra, se funda en el concepto de maternidad-parto. Permite poner de relieve y concluir que existe un punto común entre ambos sistemas, público y comunitario, que disputan un espacio de intervención. Este punto se encuentra mediado por la maternidad, ya que ésta se constituye como un hecho biológico-social que permite alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas.

En este escenario resultan evidentes las tensiones que surgen entre ambos sistemas, ya que se desarrolla una especie de competitividad basada en la atención que busca llegar a los cuerpos de las mujeres indígenas, como dije anteriormente, vía maternidad. La mayor tensión está dada por aspectos y dinámicas culturales que favorecen a un sistema más que a otro. El parto en la comunidad tiene una connotación de “calidez”, mientras que en los hospitales es de “frialidad”, “maltrato” y “discriminación”.

La atención en los hospitales es incongruente, cuando existe un desconocimiento acerca de los imaginarios sociales que fomentan la maternidad como parte estructural de la identidad de las mujeres indígenas. El medio social, en el que predomina la norma “maternalizadora”, favorece un imaginario que reduce la sexualidad femenina a la maternidad obligada socialmente. Por otro lado, este mismo hecho promueve la conceptualización de una madre simbólica, quien autodefine su sexualidad femenina a partir de la maternidad. Por lo tanto, madre simbólica es, en efecto, una madre imaginaria. Así, las mujeres-madres en las comunidades “adquieren esa posición privilegiada que las convierte en seres insustituibles: *madre hay una sola*” (Moreno, 1995: 9).

Capítulo V

Maternidad comunitaria: ¿Alternativa para el Buen Vivir?

Introducción

La maternidad como hecho social enlazado a las categorías de género dentro de las comunidades indígenas rurales, es bien vista, no solo por constituirse como núcleo forjador de una potencial mano de obra barata para las familias, como se conoce comúnmente, sino que también, es un espacio público que propicia una puesta en escena de una sobresaliente masculinidad. El cuerpo de las mujeres se constituye en un medio de exposición social que permite reflejar y reafirmar la masculinidad de sus parejas a nivel social-comunitario.

Esta afirmación deja en evidencia que la maternidad no solo es un hecho social ligado a la identidad femenina, sino que más bien es un hecho social impulsado y, por qué no decirlo, forzado por intereses simultáneos que provienen de esta búsqueda de reafirmación de las masculinidades encubiertas en la gestación.

La comunidad es un agente impulsor y protagónico en la confección de un imaginario social que reafirma estereotipos de género. La maternidad en la comunidad, tiene matices sociales estrechamente sutiles, siendo incapaz de contemplar críticamente una reproducción sobreexplotada.

En el transcurso de este capítulo, voy a realizar un recorrido más bien descriptivo, centrado esta vez en el proceso de atención de parto en la comunidad, caracterizando los puntos álgidos que marcan la diferencia entre la atención comunitaria y la atención en un centro de salud. Simultáneamente, definiré cuales son los principales ritos y mitos respecto a la atención del parto en la comunidad.

El objetivo de este capítulo es representar cómo el parto comunitario, a través de un determinado tipo de atención, ha sido construido culturalmente como la alternativa más viable y acogedora para las mujeres indígenas de los sectores rurales, lo que no implica la inexistencia de una violencia simbólica. El alcance a este hecho es registrar que, pese a la existencia de esta alternativa de atención comunitaria “acogedora”, el maltrato a la mujer indígena se perpetúa en los elevados porcentajes de muertes maternas en la Provincia de Chimborazo, producto de partos mal asistidos.

Prácticas comunitarias de atención de parto

Uno de los elementos centrales en la atención del parto comunitario, es la generación de un ambiente asociado al “calor”. Esta concepción rige en todos los aspectos del proceso; vale decir, en el entorno físico y social en el que se encuentra la mujer que dará a luz. Ello explica la presencia de los círculos cercanos de la mujer, fuentes de calor humano, como la familia y los miembros de la comunidad. Uno de los trabajos de la partera es estimular la generación de calor corporal en la mujer que dará a luz. Para ello, se usa mantas y colchas que cubren totalmente el cuerpo, desde la cabeza a los pies, ya que “hay que utilizar la misma ropa puesto que genera calor porque el frío pasma los dolores” (Charican, entrevista, 2008). Las bebidas y líquidos calientes siempre están presentes para dar a la parturienta, como son las aguas de hierbas de manzanilla, zanahoria blanca, cebolla, caldos de pollo, entre otros, que según sus costumbres comunitarias, darían mayor fuerza a la mujer, facilitando el proceso de dilatación del parto. La presencia del fogón es muy importante, pues genera el calor en la casa; por ello, la primera actividad introductoria a un trabajo de parto es encender el fogón. Una vez encendido, la mujer permanece allí lo más cerca posible, arropada y consumiendo bebidas calientes, en compañía de sus familiares, parientes y comuneros/as.

Una de las técnicas más utilizadas por las parteras para la acomodación del niño dentro del vientre de la madre, previo al alumbramiento, se denomina “manteo”. El manteo consiste en una práctica cultural mediante la cual la parturienta con ayuda de la partera, esposo, familia-

res y/o amigos, es recostada sobre una manta que se encuentra extendida en el piso. Posteriormente, la manta es tomada de sus cuatro esquinas, se levanta y se comienza a mecer de un lado a otro con la mujer sobre ésta. El propósito es que este movimiento produzca la acomodación de la posición del guagua suave y sutilmente en el vientre de la madre, para hacer más expedito el alumbramiento.

Otra de las características diferenciadoras de un parto comunitario es la posición que adopta la madre para dar a luz. La posición que facilita este proceso es en cuclillas, ya que responde a las leyes de gravedad. No obstante, “la partera siempre busca la voluntad de la madre”; vale decir, una ubicación que para la mujer en ese instante facilite el parto, y disminuya su dolor. Sin embargo, la gran mayoría adopta la posición vertical.

Una vez que la mujer da a luz, es nuevamente cubierta con mantas y cobijas. La partera es la primera persona que tiene contacto directo con el recién nacido, pues lo recibe y corta su cordón umbilical. La técnica para ello, es calentar en el mismo fogón una cuchilla que debe quedar al rojo vivo, con la cual se procede a cortar el cordón. El objetivo es esterilizar mediante la aplicación de la cuchilla, para evitar posibles infecciones tanto para el recién nacido como a la madre. Así, mientras la partera da los primeros cuidados y atenciones al guagua, la madre descansa del trabajo de parto al calor del fuego.

El parto comunitario es un rito basado en técnicas que han sido transmitidas a través del tiempo. Este rol es mayormente desempeñado por mujeres, sin embargo, en los últimos años, se ha incrementado la presencia y participación de los hombres como “parteros”¹⁴.

La atención brindada en la comunidad siempre busca el respeto y la “voluntad” de la mujer que va a dar a luz; con esto quiero señalar que se implementan técnicas que hacen más soportable el proceso de parto y que no se evidencian procedimientos que lo presionen. En este apego a la voluntad de la madre, se espera que mediante su propio proceso natural sea ella quien expulse su placenta. Esta en ningún caso es “jalada” o forzada a salir. A juicio de los médicos, “es precisamente en éste aspecto donde se generan complicaciones en el parto, por la tardanza del retiro de la placenta, ya que muchas mujeres contraen hemorragias que generalmente pueden ocasionar la muerte de la madre” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

Una vez que la mujer ha logrado eliminar su placenta, esta es tomada y enterrada en los alrededores de la casa, o cerca del fogón. La idea es entregar nuevamente a la madre tierra lo que le pertenece.

Con respecto a las prácticas con el recién nacido, éstas varían conforme a las costumbres que tenga la comunidad y su partera. La primera atención que se da al niño es fajarlo. Para ello, se toma al niño o niña y se le cubre con su ballesta¹⁵, que será para el recién nacido el medio físico que lo una por un buen tiempo con la madre, quien lo cargará en sus espaldas hasta que éste sea capaz de caminar por sí mismo. Pero en este momento del nacimiento, el rol de la ballesta es dejar al recién nacido inmovilizado. Esto va a permitir que el guagua adquiera firmeza en su cuerpo, pues “así crecen más firmes y caminan tiernitos” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

Otro de los rituales más recurrentes es cocer simbólicamente -de forma simulada con lana roja y aguja- la boca del recién nacido. Este ritual va a permitir que el niño o niña cuando llegue a su etapa adulta, se transforme en una persona tranquila, que no se verá involucrada en malos entendidos ni será “habladora”. Una vez que la partera termina de cocer la boca, toma una arveja seca y la comienza a pasar por las mejillas del recién nacido. El fin es que adquiera un tono rojizo en sus mejillas, parámetro de belleza en las comunidades.

Una vez que se termina con todas estas prácticas y rituales, la mujer es alimentada con productos nutritivos que le ayuden a recuperar las fuerzas y energías desgastadas en el parto. El recién nacido es puesto en los brazos de la madre para que le dé de lactar. La partera, una vez finalizado su trabajo de parto, inicia un trabajo de seguimiento que denominan de “acompañamiento” a la mujer que dio a luz, por al menos treinta días, para ver cómo el cuerpo va cicatrizando y reponiéndose.

Parteras reeducadas

Como expresaba en el punto anterior, la partera/o adopta un rol protagónico en el proceso de atención de parto en la comunidad. Sin embargo, a raíz de los procesos impulsados por el Estado a través de sus

políticas de salud, actualmente existe un proceso de autocuestionamiento de las parteras/os con respecto a sus roles y funciones en las comunidades. La presencia de estas nuevas variables externas, impulsadas por el Estado, aspiran a incorporar las funciones de la partera en un contexto público-estatal, hecho que ha alterado y modificado su rol tradicional. Estas parteras reeducadas mediante la capacitación estatal, han asumido un papel de mediadoras entre el Estado y las comunidades indígenas. Es por ello que actúan como una especie de puente, que conecta y que tiene la capacidad de mediar entre ambos sistemas de salud. Es así como hoy, desde el Estado se considera que entre sus principales funciones están:

Acompañar a la paciente al hospital para que se sienta segura. Seguir con prácticas tradicionales que no pongan en riesgo la integridad de la salud: madre e hijo. Trabajar conjuntamente para que la partera refiera al hospital o al SCS cuando exista complicación o duda en el proceso de parto (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

En este proceso de reacomodo cultural, en el cual las parteras están siendo reeducadas por el Estado, su rol de mediadoras las llevó a elaborar agendas mediáticas en cuanto a la atención de parto. Así, han tenido la capacidad de exponer sus propias demandas para que esta inclusión a un sistema “no propio”, no las margine de su actividad, pues el objeto es alcanzar la complementariedad u acomodación con los servicios de salud pública. De este modo, las parteras se constituyen en sujetos puente, que transitan entre ambos sistemas e interactúan con ambos actores, el Estado y la comunidad.

Las principales demandas de las parteras/os se enfocan en los siguientes aspectos:

Que las parteras atiendan el parto vertical en el hospital, por turnos. Ser capacitadas en cuanto a normas de asepsia y antisepsia. Intercambio de conocimientos en técnicas y procedimientos entre parteras y médicos. Que existan parteras en el hospital, y que exista una infraestructura dentro del hospital para que atiendan las parteras y que esté adecuado para este trabajo; de tal manera que se respete sus derechos y costumbres y se cuente con los materiales suficientes para la atención. Poder usar como medicinas naturales las plantas y que puedan existir en el

lugar que se adecue. Que se pueda hacer el manto como una de las prácticas que se tienen en las comunidades. Poder atender el parto en el Hospital y trabajar en equipo tanto la medicina occidental como la tradicional; puesto que utilizan las medicinas tradicionales el momento del parto. Si se respeta esto, piensan que vendrán más personas. Se cuente con todos los materiales y equipos que necesitan para el parto tradicional, utilizar la misma ropa puesto que genera calor y el frío pasma los dolores. Atender con las plantas y si no está en nuestras posibilidades transferir al hospital. Que se respete su cultura, cuando esto no sucede la gente no quiere venir. Se mantenga su ropa, no bañar, puesto que el frío pasma los dolores. Generar un ambiente caliente. Si se trabaja en el hospital poder tener una pequeña bonificación, puesto que necesitan para pasajes, alimentación, Tener alguna identificación para poder ingresar a los servicios de salud (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

Por otra parte, dentro de las principales trabas que visualizan las parteras, por las cuales las mujeres tendrían ciertas resistencias con respecto a los centros de salud, serían las siguientes:

Sacan a los familiares que vienen acompañando al hospital, en la comunidad es en cambio la familia está junta. Al no hablar el mismo idioma, entre el personal de salud y la paciente, existen dificultades de comunicación y no hay traductores todo el tiempo. Maltrato físico (baño con agua fría) y psicológico en especial con las madres solteras. Ambiente físico es cálido en casa y frío en el hospital. Miedo a ser maltratada. Irrespeto al pudor de la paciente. La alimentación del hospital no satisface la realidad de la parturienta, como tiempo en el que se sirve la alimentación, así como la calidad de la misma. No se realiza manto para ubicar bien al bebe. No se respeta la posición en la cual la paciente desearía dar a luz. La partera da un seguimiento durante un mes. Diferente forma de atender el alumbramiento: no se Jala la placenta. (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

La presencia del consumo de hierbas como una alternativa de sanación, es relevante puesto que “el amplio espectro que cubre la medicina casera del puruhá-quichua disminuye en gran medida la demanda de la medicina química, y por ende de las instituciones que la promueven” (Aguiló, 1992:173).

Integración de los familiares

El acompañamiento familiar es un hecho social que cobra gran trascendencia al momento de iniciar un trabajo de parto. La familia es un referente social en las comunidades, por lo que su presencia es un acto de apoyo y bienvenida al nuevo miembro de la familia. Su presencia, por lo tanto, constituye grupos de apoyo que facilitan la logística del proceso. Por ello, uno de sus principales roles tiene que ver con contactar y facilitar la llegada de la partera al hogar, preparar las condiciones ambientales, como por ejemplo recolectar la leña, ayudar en la elaboración de los alimentos de alto contenido nutritivo, que se dan a la madre, además de hervir agua y preparar las cobijas.

En caso de que el parto presente complicaciones, deben gestionar la búsqueda de un transporte en la comunidad para trasladar a la madre lo más pronto posible a un establecimiento de salud. Por lo tanto, también actúan como facilitadores en casos de emergencia.

Para los hombres de la familia, sobre todo para el padre, es un momento crucial, ya que el nacimiento de su hija/o trae consigo el reflejo de su masculinidad. Por ello, los hombres esperan con mayor ilusión que el sexo del recién nacido sea masculino, porque los niños son sinónimo de fuerza, y poseen atributos más valorados en relación a las niñas. En el “Foro de equidad de género de las mujeres de Chimborazo”, se plasman testimonios que dan fe de esto: “cuando nace una niña en la comunidad se comenta: ¡Qué pena, mujercita no más ha sido! ¡Ojalá el próximo sea un varón! ¡Ay qué pena! ¡Le toca sufrir, para qué también habrá venido!!!.” (Agenda de equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo, 2007). Este hecho, permite visualizar que desde el nacimiento se gesta una serie de discriminaciones hacia las mujeres.

La maternidad comunitaria

El tema de la salud, en el marco de la maternidad en las comunidades indígenas, sigue siendo una materia compleja no resuelta. La existencia de dos modelos de salud imbricados, motiva la adecuación de un sistema de salud en el contexto indígena, que bien puede ser

denominado de tránsito. Este sistema se caracteriza principalmente por instaurar una ruta “privada” de salud, que evita el paso por el sistema de salud público, impidiendo de este modo maltratos y fuertes discriminaciones.

Este sistema de salud de tránsito o atención comunitaria, se encuentra permeado por las diversas dinámicas culturales de cada comunidad. Sin embargo, posee una característica muy particular: la existencia de la autonomía en el parto.

La idea de esta autonomía en la atención del parto, está entrelazada con la maternidad como eje central de la identidad de mujer. Por lo tanto, la atención tiene como el respeto de los procesos corporales naturales de cada mujer. Esta ruta privada de salud (comunitaria) no presiona los procesos del parto, como por ejemplo apurar los procesos de dilatación y contracción, más bien tiene un sentido de apoyo y compañía hacia la parturienta en su propio proceso. Producto de ello, tanto la posición (vertical) como el pudor, gozan de un especial respeto; situación que es ampliamente valorada por la mujer, y por tanto, evaluada de forma positiva entre la comunidad. La presencia de estas autonomías, permite a las mujeres experimentar la maternidad como un hecho menos violento, menos discriminatorio y menos traumático, situación que se opone a las experiencias obtenidas en los centros de salud pública.

La atención comunitaria en el parto refuerza la maternidad como un hecho ligado a una identidad de mujer indígena; por lo tanto, tiene buena acogida entre los comuneros/as.

Sin embargo, esta atención comunitaria de tránsito, pese a todas estas características vinculadas a una atención más humanizada, no tiene la capacidad de resolver el tema de la mortalidad materno-infantil presente en las comunidades indígenas rurales de la sierra.

La existencia de dos modelos de salud público (Estado) y privado (comunidad), en el contexto indígena construye ciertas dicotomías que se ven reflejadas en la elaboración de una ruta que denominare ruta privada de atención comunitaria y ruta pública que se construiría en los centros de salud estatal. La coexistencia de ambos modelos de atención de salud no funcionan de manera antagónica, como se pensó en una primera instancia, sino más bien tienen puntos de encuentro en términos de la salud materna de las mujeres indígenas que conducen a

un mismo resultado que son los altos índices de mortalidad materno-infantil en la población indígena rural.

Así, el tema de las muertes materno-infantiles, y su presencia naturalizada en las comunidades, estimula la convivencia con la muerte. Eso me permite entender el escaso cuestionamiento de las comunidades frente al tema. Este inacción político social que se evidencia de cara a la prolongación de la vida, se concibe un *continuum* cultural que se desplaza de forma sutil entre la vida y la muerte, fruto de una voluntad social que acepta las muerte sin mayores cuestionamientos.

Frente a ello, puedo afirmar que la escasa demanda de las mujeres hacia el sistema de salud pública por concepto de la maternidad, es netamente un tema de resistencias sociales que, finalmente, no libera a las mujeres indígenas del dolor ni contribuye a una vida más digna. Esta inacción política frente a la muerte las posiciona en una encrucijada por la vía comunitaria, que las conduce al mismo punto de encuentro: una seducción hacia la muerte.

La atención con matices de mayor humanización, no logra solucionar la paradoja de la salud en el contexto indígena. Esto permite entrever una violencia simbólica en el cuerpo y vida de las mujeres, a causa de la maternidad forzada culturalmente en el contexto rural indígena. Se favorece así el desencuentro entre una atención más humana en la comunidad, pero igualmente violentada, a través del permiso social de la muerte. Este desencuentro deja sin alternativas a las mujeres.

Conclusiones: Continuum vida y muerte

Los índices de mortalidad materno-infantil en la población indígena, se constituyeron en el fenómeno que evidenció con énfasis una realidad silenciosa: la muerte como parte de las dinámicas sociales y culturales de las comunidades indígenas rurales. Este componente de mortalidad materno-infantil llamó la atención del Estado, mas no de las propias comunidades:

La mortalidad infantil es difícilmente concientizada en el contexto puruhá-quichua, por el sentido fatalista de la muerte y la enfermedad,

a veces fulminante que no da tiempo a poner el debido remedio. La muerte acaecida de esta forma inducirá a una nueva gestación lo más pronto posible (Aguiló, 1992:61).

Este hecho responde a la idea de intervención del Estado por la vía de la maternidad, dirigida a las mujeres de las comunidades indígenas.

Una de las primeras hipótesis barajadas, estaba relacionada principalmente con un distanciamiento cultural entre la atención en la comunidad y en los centros de salud. Producto de ello, en los cantones de la Provincia de Chimborazo que tienen mayor porcentaje de población indígena rural, se encuentra en proceso de implementación la “adecuación cultural del parto vertical” en los centros de salud. Sin embargo, pese a los esfuerzos del Estado por llegar y trabajar en el ámbito de la maternidad en los sectores rurales y con poblaciones indígenas, debo señalar que existe una correlación de la salud de vida-muerte en un marco antagónico de opciones, que el Estado aún no ha logrado dimensionar en las intervenciones de sus políticas de salud.

De la mencionada coyuntura, se desprenden dispositivos de intervención estatal como señala Carballeda (2005), ya que para el Estado este tipo de dinámicas, en donde se hace presente la muerte, implica una alerta para el orden dominante establecido. En este escenario se explican y contextualizan las actuales reformas del Estado hacia un nuevo modelo de salud, que involucra nuevas prácticas de intervención, con el objeto de competir y poner en jaque estos modelos de salud privados-comunitarios, con la clara idea de corregir la manifiesta anomalía del sistema.

Esta visibilidad de la muerte produjo la aparición de un dispositivo de intervención en lo social que paulatinamente se extendería a otras esferas, como la minoridad, la salud, o la educación. Estos muertos producto de una gran guerra silenciosa pero no por ello menos cruenta, llamaron la atención como aquello que debía ser corregido, que estaba diciendo algo peligroso para el orden imperante, en un idioma aun no descifrado totalmente (Carballeda 2005: 25).

La presencia de la muerte, como fenómeno incorporado a la cotidianeidad de las comunidades, construye una realidad indiferenciada entre vida y muerte, como conceptos paralelos distantes de la con-

cepción de salud. Así, esta realidad se perfila como muy similar a lo que Sheper-Hughes (1997) encontró en su investigación etnográfica en las poblaciones de Alto do Cruzeiro. Esto me lleva a pensar que los indígenas rurales de la comunidad Shuid tienen una visión del mundo

Existencialista, una visión que capta la vida y la muerte no como polos opuestos, sino como puntos a lo largo de un continuo llamado camino, el camino de existir. Sus palabras y acciones indican una concepción de la muerte legítima de la existencia, de forma que esa muerte, también ha de ser *vivida* (Sheper-Hughes, 1997:349).

Es así como en este sector indígena rural de la sierra, se vive la vida y se vive la muerte de forma indiferenciada. Cuando estos polos no son opuestos, los límites de vivir del uno o del otro lado se tornan difusos e imperceptibles. Producto de la cercanía que existe de esta convivencia con la muerte, se genera una ausencia de “esfuerzo” por parte de los sujetos que la viven por buscar la vida en la salud, lo que constituye uno de los principales fundamentos de la visión occidental de la salud.

La muerte es la síntesis y el epílogo de todos los fatalismos. La muerte es indomesticable: se acerca implacable a todos. Allí se concentran todos los esfuerzos de eufemización simbólica de los puruhás-qui-chuas. El encuentro inevitable y frecuente con la muerte salvaje tiñe toda la religiosidad puruhá. La concepción actual se cincela en la realidad trágica de la mortalidad infantil, la enfermedad, el accidente y el asesinato (Aguiló, 1992:211).

Es así que cuando un miembro de la comunidad se enferma, la primera alternativa es recurrir a la medicina natural, preferentemente al consumo de hierbas medicinales naturales:

Mi sobrinito de ocho años murió: le comenzó a doler la barriguita, luego comenzó a hinchar la pierna y hacer morada. No hicieron ver, solo dieron agüitas de yerba manzanilla y eso, pero no pasó. Y como al cuarto día murió, y nadie sabe de que murió, no hicieron ver (Guamani, entrevista, 2008).

Por otro lado, es necesario señalar la ausencia de un subcentro de salud relativamente cercano a la comunidad, que les facilite acudir cuando sea necesario para recibir atención médica. Sin embargo, el

tema es aún más complejo, ya que de forma directa no está ligado únicamente a la presencia o ausencia de establecimientos de salud. Este arraigado sentido que tiene la muerte-vida en esta comunidad indígena, es manifestado como un *continuum* dentro de sus propias dinámicas locales. Es precisamente en este hecho de la muerte, donde se refleja la desesperanza de la lucha diaria, que busca conformación en lo inexplicable. “Llaman “Panta huañuy” (muerte engañosa), cuando no se ha conocido la enfermedad que ha causado la muerte, lo cual sucede especialmente en las muertes repentinas, sin motivo aparente” (Aguiló, 1992:170).

Es justamente en este aspecto donde se manifiesta el olvido estatal, la incapacidad institucional y la vulnerabilidad social, de la cual las comunidades indígenas rurales de la sierra son sus principales partícipes.

La muerte es el punto de encuentro que propicia un sentido contrapuesto a nuestro sentido occidental. En esta comunidad indígena rural se asume la mortalidad con sentido práctico. A modo de ejemplo, la muerte en la comunidad carece de la burocracia que los mestizos solemos atribuirle. Es en este marco donde la muerte aparece con características constantes, el anonimato y la privacidad: “se murió y nadie sabe de qué murió, se pesca, se echa a un cajón, se hace un hoyo y se entierra, no se avisa a nadie, porque ni policía hay” (Guamani, entrevista, 2008). Esta dinámica implica una especie de desechabilidad de la vida, que se acompaña de un desconocimiento médico de las causas de muerte. Ambos lineamientos encubren un sin fin de elementos sociales e institucionales que se encuentran presentes y que actúan bajo cierta complicidad. Es la salud que se juega entre vida y muerte, pero sin la intervención médica que busque prolongar la existencia.

Comprendí que los hospitales y subcentros de salud, no representan la salud/vida para las comunidades rurales, ya que la salud occidental, leída como los centros y subcentros de salud, es simplemente un lugar “ajeno”, donde el maltrato y la discriminación no le da cabida a la población indígena; son lugares donde se apresurará la muerte, una muerte presente y latente que tiene cabida en la cotidianidad comunitaria.

Por ello, frente a la presencia de la enfermedad, surge evidentemente la necesidad de atención, la que permite configurar dos escenarios posibles: el espacio público representado por los centros de salud

estatal, y el espacio privado, representado por los yachac y parteras en las comunidades. En este panorama surge lo que Sheper-Hughes (1997) ha denominado “muertes públicas y muertes privadas”, que se refleja en la correlación salud: vida-muerte en un marco antagónico de opciones.

De este modo, la salud en la comunidad, tal como se ha definido, se perfila como fundamentalmente autónoma, puesto que quienes habitan las comunidades, ya sean hombres o mujeres, frente a esta sesgo de cotidianeidad de la muerte, tienen la libertad de optar entre morir en sus propias comunidades, acompañados por los suyos, o morir en la soledad y frialdad de un centro de salud, en la búsqueda de vida. Frente a esta dualidad de alternativas, surge la resistencia a los centros de salud mestizos.

Capítulo VI

Conclusiones

Introducción

En este último capítulo, realizo una reflexión sobre los principales hallazgos de esta investigación que permiten explorar como el Estado ecuatoriano y las comunidades indígenas, en el contexto rural, actúan como agentes controladores del cuerpo y la sexualidad de las mujeres indígenas por la vía de la maternidad. Al mismo tiempo, someto estos descubrimientos a la luz de la literatura académica presentada inicialmente, la cual propuso al control de la sexualidad como un modo de organización social y, de manera particular, establezco relaciones entre biopolítica, normatividad y etnicidad.

Encuentro del Estado con los cuerpos indígenas

El Estado ecuatoriano llega a las mujeres indígenas a través de la maternidad en un contexto general de control de la natalidad. Desde diversos ámbitos, mediante la implementación de políticas públicas y a través de un perfil de vulnerabilidad social, ha buscado llegar a los sectores marginados y excluidos socialmente. Esta peculiar forma de proceder con este grupo de población, le permite desarrollar e implementar estrategias de integración, a través del diseño de instrumentos que actúan como dispositivos de poder. Es interesante ver cómo el Estado mediante la instrumentalización de ciertas herramientas, busca integrar a los sectores marginados que pueden representar algún tipo de

“amenaza” para el sistema en su conjunto. Así, junto con la implementación de un nuevo modelo de salud denominado “integral”, se han diseñado dispositivos de poder: la Ficha familiar y la Ficha intercultural. Su poder radica en su capacidad informativa, en tanto permite conocer a corto plazo, conductas y costumbres de la vida cotidiana de los sujetos a los que espera alcanzar. Esta intervención del Estado, por lo tanto, opera desde la cotidianidad.

Es precisamente en este momento de intervención que aparecen las mujeres y las comunidades indígenas como actores marginados de un sistema social. Desde el Estado y con la presencia de un movimiento indígena, en algún momento con peso político, se genera una estrategia de intervención con un enfoque intercultural encaminado a alcanzar a las comunidades. Estas políticas nacionales de salud, aterrizadas en un contexto local, como hemos visto, adquieren una serie de lecturas y relecturas de los individuos que finalmente las ejecutan.

Esta llegada del Estado a nivel local, produce tensiones con las comunidades, ya que éstas tienen también su propia retórica discursiva intercultural, que se polariza en procesos de autoexclusión. Uno de los productos de este proceso pareciera ser la misma automarginación de los servicios públicos; sin embargo, no siempre es así, ya que esta, como retórica intercultural desde las comunidades, afecta de forma directa a las mujeres, quienes se ven expuestas a la muerte por la vía de la maternidad. Las alternativas comunitarias de salud, a su vez, también las exponen a la muerte. Es así como la salud y la enfermedad, en distintos escenarios público-privados, encuentra su punto de conexión en la maternidad.

El Estado, por su parte, teje políticas más concretas, encaminadas ahora ya no solo a una interculturalidad, sino a políticas maternas que le permitan alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas, para lograr controlar su sexualidad e intervenirlos desde la maternidad. Esta retórica intercultural, impulsada por el Estado y el movimiento indígena, se diluye fácilmente, porque es una retórica que afianza la discriminación del sector público con respecto a los sujetos indígenas. Por lo tanto, es el mismo Estado quien encarna la discriminación que finalmente termina perpetuándose en la muerte de estos individuos indígenas.

La maternidad: territorio de tensiones

La maternidad se configura como el punto de conexión entre tres agentes: Estado, mujeres indígenas y comunidad. En este sentido, es necesario señalar que tanto el Estado como la comunidad buscan controlar el cuerpo de las mujeres indígenas, a través de la maternidad.

Por ello, en este recorrido investigativo, no se encontró un Estado que implemente políticas públicas de control de la maternidad vía la anticoncepción, enfocadas hacia este segmento de la población, sino que más bien estas tienen una clara orientación hacia el fomento de la maternidad y fecundidad.

En este contexto, es preciso señalar la existencia de un Estado que promueve un nuevo modelo de salud integral que busca, como señaló anteriormente, alcanzar aquellos segmentos de la población que se encuentran marginados o excluidos del sistema de salud pública. Este modelo de salud, que desciende al espacio local, funciona bajo improntas de discriminación y maltrato con las mujeres indígenas de los sectores rurales. Los hospitales, centros y subcentros de salud, se caracterizan por brindar una atención que se distancia de las pautas culturales que tienen las comunidades. Así, se erige una oposición entre ellos; a modo de ejemplo, el parto en los centros de salud tiene una concepción asociada a “lo frío”, mientras que en las comunidades el parto tiene una concepción “cálida”. Este distanciamiento cultural se vincula a un “no entendimiento” entre el Estado (mediado por los centros de salud) y las comunidades. Este no entendimiento entre ambos actores, hace que las políticas carezcan de pertinencia y sentido en la práctica. De este modo, son políticas no receptadas, sino más bien rechazadas e ignoradas por las comunidades. El distanciamiento cultural impide decantar las particularidades indígenas, sus lógicas y razón de ser. Producto de ello, se forja una situación de aparente indiferencia que genera una ruptura en la lógica de la diferencia, por este diálogo ausente.

La ausencia de actores y, por lo tanto, de diálogos e interacciones, provoca en los individuos de las comunidades la percepción de una suerte de abandono público. La exigencia de vivir en un medio hostil, pone a prueba su sobrevivencia. Por ello, como señalé en algún momento, los discursos de los derechos responden a reivindicaciones étnicas de las élites indígenas que, con algo más de suerte, han logrado prepararse intelectualmente para esa lucha. Sin embargo, los indígenas

pobres y rurales de las sierra, tienen su propia lucha, que es vencer la escasez de vida y sobreponerse a las necesidades del día a día para su sobrevivencia.

Por su parte, la comunidad también busca ejercer su poder sobre las mujeres. El sistema de salud comunitario, como ruta privada de salud, es un sistema cuya tendencia de atención es más humanizada, cómoda, agradable y respetuosa. Frente a esto, el sistema de salud pública queda en una frontal desventaja con respecto a la oferta comunitaria. Sin embargo, pese a la existencia de todas estas “bondades” de esta ruta privada de salud, las mujeres siguen siendo maltratadas, porque el sistema de salud comunitario no es un sistema que garantice la vida de las mujeres y sus hijos.

Así, la maternidad implica para ambos sistemas de salud una serie de fisuras y discontinuidades en conflicto, que se amalgaman finalmente en la muerte de las mujeres que optan por cualquiera de las dos vías. Por ello, la maternidad se da en un contexto de conflicto y contradicción, con resultados en común.

Es así como la presencia de ambos sistemas que están en tensión permanente, tienen su punto de unión y encuentro en las mujeres vía la maternidad. Pero este punto de encuentro no solo responde a la maternidad, sino también a un discurso político del bienestar traducido como “sumak kawsay”. Tanto el actual gobierno como las comunidades, intervienen desde esta visión; sin embargo, ninguno ha logrado resituar y solucionar el problema de la violencia simbólica a la que se ven sometidas las mujeres indígenas rurales de la sierra a causa del ejercicio de la maternidad. Aun así, ambos agentes, continúan fomentando y reforzando la maternidad por una u otra vía. Por ello, es impensable la separación de ambas instancias y ambos sistemas de salud.

¿Mujeres prisioneras?

Resulta sencillo definir la maternidad de las mujeres como un hecho impuesto. Esto dificulta ver fácilmente la agencia de las mujeres, pues esta se ve aparentemente anulada frente a este discurso. Sin embargo, la presente investigación da cuenta de esa agencialidad oculta.

Las mujeres en el contexto indígena se encuentran subordinados por la imposición de modelos patriarcales. Es por ello que son excluidas y maltratadas en la mayor parte de los espacios públicos. Pese a ello, para ellas, la maternidad representa un espacio de poder absoluto y reservado solo para ellas, pues la paternidad descansa distante de los hijos, al menos durante sus primeras etapas de vida. Consiguientemente, la maternidad otorga poder y posicionamiento en la comunidad, ya que la crianza es un espacio de construcción de identidad y disciplinamiento de los hijos y futuros comuneros, he aquí su importancia.

Sin embargo, esta maternidad a la que se incorpora el elemento étnico, asume ciertas particularidades. Una de ellas, que tiene un correlato estadístico, es los altos índices de mortalidad materno-infantil. La confabulación de los sistemas público (Estado) y privado (comunidad), hace que actúen como cómplices de estas muertes, lo que finalmente podría suponer en las mujeres indígenas una “maternidad frustrada”. Ambos sistemas de salud no han dado solución a esta problemática. Esto, finalmente deja sin salidas a las mujeres, pues los dos caminos tienen la misma probabilidad de conducirlos a la muerte, tanto de ellas como de sus hijos. De este modo, las muertes públicas de las mujeres no serían más que una complicidad del Estado y de la comunidad.

Ahora, desde una mirada más teórica, Lacqueur (1990) aportó elementos que me permitieron entender cómo se gestaron, vale decir, de dónde nacen o provienen los mitos que han estigmatizado la sexualidad indígena. Este hecho de procedencia histórica, lo remontó a los modelos teóricos del sexo vigente en el siglo XVIII y XIX. Éstos se fundaron en la existencia de dos teorías del placer, cuya tensión se vinculó a determinar si la mujer necesitaba tener orgasmos para poder concebir. En este contexto, uno de los mitos más comunes en la actualidad, es que “la mujer indígena, es asociada a la hiper-reproducción”. Ahora bien, si esta afirmación la relaciono con la idea que predominaba en el siglo XVIII, según la cual la concepción estaba ligada al placer y los orgasmos, comprendo como la mujer indígena se constituye en el imaginario social como un sujeto exótico, que encarna el placer, nativa por excelencia y, por lo tanto, de una sexualidad con matices “salvajes”. En la construcción de un imaginario sexual con tales características, se encarna la idea de dominio del el cuerpo de las mujeres, donde tanto el Estado como las propias comunidades buscan ejercer el control de la sexualidad por la vía de la maternidad. Así, la esta última se construye

como un espacio de tensión y contradicciones en el contexto social, porque en el desplazamiento del mito a la realidad, existe una intencionalidad de domesticar esta hiper-sexualidad con una hiper-maternidad, muchas veces no deseada por las mujeres indígenas. Ello, las ubica en una encrucijada, debido a que en la sociedad actual, en función del número promedio de hijos que tienen, se configuran como “hiper-fértiles”. Sin embargo, esta característica antes que ser un fenómeno de sus cuerpos, esconde una presión por el dominio y control de su sexualidad por parte de distintos agentes. No obstante, las mujeres tienen su propia respuesta, la que evidencian en el grado de satisfacción por las intervenciones realizadas para el control de su fecundidad. Además, son ellas mismas quienes reflejan el ser prisioneras de una maternidad que muchas veces no desean, hecho que se acusa en los altos porcentajes de la Tasa Global de Fecundidad no deseada.

Biopolítica, normatividad y etnicidad

Por otro lado, el concepto de biopolítica es una herramienta teórica pertinente para abordar temas de sexualidad. Esta afirmación se enmarca en un contexto, mediante el cual el Estado construye discursos metafóricos intimidatorios, que buscan gatillar ciertos efectos de comportamiento en la población. Esta construcción metafórica adquiere distintos matices de significación, como la incorporación del temor a través de la discriminación y el maltrato presente en las entidades de salud pública, la politización, intimidación de castigo, entre otros. De este modo, se plantea que “hay una (bio) política de significados metafóricos que ha estado aflorando entre nosotros” (Heller y Fehér, 1995:73), con la finalidad de controlar y normar comportamientos mediante la inclusión de miedo y temor. Conforme a esta afirmación, es importante señalar que esta discursividad proviene principalmente del Estado, como agente dominante y controlador; como diríamos ahora, existen ‘cuestiones políticas’, que buscan de forma imperativa subordinar al individuo a fines públicos (Heller y Fehér 1995:73).

Así, la biopolítica como herramienta teórica, propone la existencia de un agente dominador que tiene por objeto alcanzar los cuerpos, en nuestro caso, los de las mujeres indígenas rurales, para intimidarlos

e intervenirlos bajo ciertos discursos institucionalizados, que establecen un control del cuerpo a través de la salud.

De este modo, surge desde el Estado una preocupación por la reproducción social, teniendo como base la reproducción biológica. Por ello, la maternidad pasa a ser un factor social de control de los cuerpos. En este marco, se comprende que sus políticas de salud de control de la natalidad tengan una determinada orientación con respecto a la población indígena. Desde un contexto de la salud y su biología, se ejerce un poder político de control y subordinación del sujeto mujer indígena.

Por otra parte, los autores Sáez (2004) y Guash (2004) señalan que los cuerpos se representan según su raza y sexualidad específica. En esta línea, es importante reflexionar en torno a las lógicas de poder imperantes que circulan y permean los discursos en función de la maternidad. En dicho sentido, asumo que adquieren singular importancia los sistemas de signos en la relación estructural (social) (Sáez 2004: 63), dado que las dinámicas sociales propias del funcionamiento de las comunidades indígenas, otorgan ciertos significados a la maternidad. En palabras de Sáenz (2004), la propia ciencia fabrica conceptos, ideas, objetos y cuerpos. En base a esta afirmación, puedo sostener entonces que el poder social, como desplazamiento discursivo, es “un dispositivo de sexualidad” (Sáez 2004:68) que construye una determinada representación del cuerpo y de la sexualidad al interior de las comunidades indígenas. El hecho de que una estructura social conciba un determinado discurso sobre la sexualidad, va a moldear el comportamiento sexual y, por lo tanto, va a perfilar un determinado discurso sobre la maternidad, con el objetivo de facilitar su intervención. Así, la maternidad podría concebirse en sociedades indígenas “como una forma de identidad global que se impone al sujeto” (Sáez 2004: 70) y que, por lo tanto, no es cuestionable

Butler (2002), por su parte, rescata de la propuesta foucaultiana al sexo como categoría normativa. En función de ella, opina que existe un “ideal regulatorio” que norma la sexualidad y comportamiento de los sujetos. Desde esta perspectiva, se considera que

El sexo no solo funciona como norma, sino además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna, es decir cuya fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo,

el poder de producir, demarcar, circunscribir, diferenciar, los cuerpos que controla (Butler 2002: 18).

Desde este espacio de enunciación, se evidencia una propuesta mediante la cual el sujeto se construye desde y a través del discurso. Este hecho se logra por la ritualización de la norma y de los discursos. Así, el poder de los discursos fluye, produciendo una determinada realidad. Lo interesante es ver cómo este discurso se plasma en los cuerpos, creando una realidad que permite normar comportamientos y prácticas en las mujeres con respecto a la maternidad. Este hecho dota de materialidad a los cuerpos. Dicha materialidad es posible mediante las “prácticas reiterativas” mencionadas por Butler.

En este contexto, mi interés central era plasmar cómo la sexualidad de las mujeres indígenas era controlada mediante normas, mecanismos y dispositivos, tanto por parte del Estado como por las comunidades, ya que todos estos elementos se encuentran permeados por los diferentes discursos que regulan los cuerpos y establecen una realidad, mediante las prácticas reiterativas del discurso, en este caso de la maternidad.

Siguiendo esta lógica teórica, puedo señalar que la maternidad forma parte de un discurso social hegemónico, que construye un sujeto mujer maternal y reproductivo. Este discurso se ve reforzado en las comunidades con sociedades indígenas. La mujer se ve a sí misma impulsada o forzada a ejercer la maternidad, sin opción política, porque existe una norma social que “ve bien” a la mujer cuando es madre. Según los discursos, la maternidad encarna el fin último de ser mujer, ya que la imagen construida de mujer es la de generadora de vida, es decir, naturalmente reproductiva. De acuerdo a estos preceptos, la mujer no tiene alternativas en este tipo de discursos. De esta forma, las sociedades que apelan a estos discursos son sociedades pro-natalidad, vale decir, sus discursos dominantes fomentan y asimilan de forma positiva la fecundidad y, por ende, la maternidad, que se torna en cuerpo de mujer. El producto de este tipo de discursividad, es que la mujer exhibe comportamientos tendientes a dar respuesta a estas formas discursivas, posicionándose en un contexto de obligatoriedad de la maternidad.

Butler (2002), señala que la dinámica impuesta provoca diferentes respuestas, entre ellas la de resistencia y oposición. Estas tensiones

se ven reflejadas en el cuerpo de las mujeres a través de su maternidad, como cuerpo fecundo. Sin embargo, la respuesta a estos sistemas de dominación discursiva, que provienen de diferentes agentes, tienen un afán netamente controlador; se ven tensionados frente a discursos dominantes de sociedades indígenas pro-fecundidad, a través de la maternidad.

Nancy Sheper-Hughes (1997), en su investigación etnográfica en las poblaciones de Alto do Cruzeiro, describe una realidad muy similar a la encontrada en las mujeres indígenas de la sierra ecuatoriana del sector rural, en términos de dinámicas de la maternidad. La autora instala en el debate una serie de condicionamientos sociales que performan una maternidad que se encuentra “castigada por temas de clase”. La pobreza y discriminación circundantes, son elementos comunes que unen ambas realidades en contextos diferentes, favelas de Brasil y comunidades indígenas de la sierra.

Notas

- 1 El desglose étnico de este indicador Tasa Global de Fecundidad está clasificado en población indígena, mestiza, blanco y otros. No existe este indicador desglosado para la población afroecuatoriana. Sin embargo, en la clasificación “otros” la deduzco como población afro, cuya Tasa Global de Fecundidad es del 3,9%.
- 2 Desde otras miradas analíticas, investigaciones realizadas en Ecuador sobre el tema de violencia contra mujeres entre población indígena evidencian que, por ejemplo los embarazos reiterados también aparecen como una política de control del cuerpo y de la sexualidad de las mujeres (Sobre el tema ver Pequeño, 2009).
- 3 El primer lugar en el índice de vulnerabilidad social, con un 68,8%; mayor porcentaje de población indígena rural, con un 58,5%, y sea la tercera provincia más pobre del país, con un 81,3%) (SIISE, versión 2.0 Ecuador).
- 4 El 20% de la región más pobre concentra el 50% de muertes maternas, mientras que el 20% más rico solo tiene el 5% de esas defunciones, con un índice de desigualdad del -0.43 . Bolivia por ejemplo, presenta índices de mortalidad de 390 cada 100.000 nacidos vivos. Ver Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y Estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico. Gobierno de Chile Ministerio de Salud, The Partnership for maternal, Newborn & Child Health, Organización Panamericana de Salud. WWW.delivernow.org.
- 5 Es por ello que los centros de salud se encuentran distribuidos en distinta proporción (según interés estatal) en las regiones Costa, Sierra y Amazonía. Los servicios otorgados con mayor frecuencia son: odontología, vacunación, control del niño sano, control del embarazo y medicina general.
- 6 Ver Prieto et alia, 2006; Pequeño, 2007.
- 7 Según lo que se pudo observar en el trabajo de campo en un taller de salud intercultural en el hospital del Colta, varias de las afirmaciones de los médicos tratantes tenían la intención de deslegitimar la medicina indígena, al señalar que carecía de higiene y por lo tanto en temas de parto generaba infecciones en las mujeres, no sabían controlar ni diagnosticar problemas del parto, que las yerbitas no evitaban las infecciones, que la placenta había que retirarla en el

- minuto, no esperar que la mujer la expulsara por sí misma, pues esto generaba complicaciones post parto, que el caldo de gallina antes del parto era solo un mito, pues la mujer no debía tener nada en su estómago, que la presencia del calor en el proceso de parto no tenía nada que ver con la disminución de dolores y contracciones, entre otras afirmaciones.
- 8 Esto ha sido mencionado en investigaciones como las de Stolen (1997), Pequeño (2009).
- 9 De modo coincidente, investigaciones sobre violencia y etnicidad en la sierra ecuatoriana, evidencian que los mayores procesos de control del cuerpo y comportamiento de las mujeres se da el periodo de juventud y, por tanto, de mayor fertilidad (sobre el tema, ver Pequeño 2009).
- 10 Arco iris, en kichwa.
- 11 Es necesario señalar que al interior de las comunidades indígenas de la sierra coexisten dos tendencias claramente definidas para abordar el tema de género y violencia. Están las comunidades que se basan en el discurso andino de “la complementariedad” en cuyo caso la violencia no es un tema relevante en la agenda de las mujeres, ya que esta es vista como parte de una dinámica binominal complementaria que transita entre lo bueno y lo malo, el afecto y la violencia, etc. La segunda tendencia que existe en las comunidades es aquella basada en los “derechos” discurso permeado e introducido por la intervención de las ONG. Es en este caso donde las mujeres indígenas han logrado posicionar y abordar el tema de la violencia como parte de su agenda política social.
- 12 Parto horizontal, práctica habitual utilizada en los centros de salud. La mujer da a luz en posición horizontal sobre una camilla hospitalaria y es asistida por profesionales de las ciencias de la salud. Parto vertical, práctica habitual para dar a luz, utilizada en las comunidades indígenas. La mujer da a luz en posición vertical (cuclillas), y es asistida por una partera o partero de la comunidad, el fuego (calor) es un elemento central que siempre está presente en el desarrollo del proceso.
- 13 La placenta en las comunidades indígenas es sinónimo de vida, lo mismo que la tierra. Por ello una vez que la mujer da a luz y expulsa la placenta de forma natural, esta es enterrada por la misma partera o familiares de la parturienta en las cercanías del hogar de la mujer o en los alrededores del fogón donde dio a luz.
- 14 Esta innovación, así como sus potenciales impactos entre las mujeres, es un tema a ser investigado en profundidad.
- 15 Tela de algodón. Las mujeres kichwas- puruhá utilizan la ballesta para cargar a sus hijos en su espalda. Esta forma de transporte genera una relación de apego y cercanía entre madre e hijo, porque permite a las mujeres cargar o transportar a sus hijos durante el desarrollo de todas sus actividades del día.

Bibliografía

Aguiló, Federico

1992 *El hombre del Chimborazo*. Quito, Ecuador: Abya-Yala.

Ávila, Yanina

2004 “Desarmar el modelo de mujer=madre”. En *Debate Feminista*, Vol. 30:35-54. México: Metis productos culturales.

Bartra, Roger

1992 “La salvaje lujuriosa”. En *Debate Feminista*, No 5: 49-50. México: Metis productos culturales.

Registro civil. Identificación y cedulación del Ecuador

s/f “Por un país Plurinacional. Al Ecuador ponle tu nombre. Ejerciendo el derecho a la identidad y la identificación”. Boletín Registro civil. Identificación y cedulación del Ecuador. Ecuador: Programa Nacional de Registro y Cedulación; MIES; INNFA; SelBen; UNICEF; Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social.

Bustamante, Teodoro

2000 “Fuerza y límites de los símbolos. Indígenas trastocan el orden simbólico de la política”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 9: pág.16-22, FLACSO-Ecuador.

Butler, Judith

2002 *Cuerpos que importan. Sobre los Límites Materiales y Discursivos del 'sexo'*. Buenos Aires, México, Barcelona: Paidós.

Carvajal, Miguel

2004 “Pachakutik la efímera experiencia de gobierno y las incógnitas sobre el futuro”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 18: pág. 6-9. FLACSO-Ecuador.

- Carballeda, Alfredo
2005 *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Castillo, María Victoria
2005 “La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad”. En *La Ventana* No 22:189- 218, México.
- CEDIS
2001 *Memorias. Encuentro de mujeres Warmikuna Tandanacushka alli causimanta, mujeres unidas por una vida mejor*. Ilustre Municipalidad del Cantón de Alausí, 24 y 25 de julio. Centro de Estudios, Difusión e Información social, CEDIS. Riobamba, Ecuador.
2006 *Plan de Igualdad de Oportunidades: concretando las líneas estratégicas del Plan de Igualdad de Oportunidades de Chimborazo*. Chimborazo, Ecuador: CEDIS.
2007 *Agenda de equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo*. Chimborazo, Ecuador: CEDIS.
s/f *Seminario Pueblos Indígenas Foro por la equidad ¡por el derecho a una vida libre de violencia!* Chimborazo, Ecuador: CEDIS.
- CEPAR
2006 *ENDEMAIN (2004- 2005). Encuesta demográfica de salud materna e infantil*, informe final. Quito Ecuador: CEPAR.
- Constitución de la república del Ecuador
2008 Quito, Ecuador: editorial Gobierno de Ecuador.
- Chattel, Marie-Magdeleine
2004 “Infertilidad, medicina y deseo”. En *Debate Feminista* No 30:185-243. México: Metis productos culturales.
- Chiriboga, Manuel
2001 “El levantamiento indígena ecuatoriano de 2001: una interpretación”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 10: pág. 28-33. FLACSO-Ecuador.
- Chodorow, Nancy
1984 *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y la paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa.
- Diario *La Prensa*
2008 “Chimborazo cuenta con promotores de salud en el sector rural”, miércoles 20 de febrero.
2008 “En varias unidades de salud de Chimborazo, impulsan la atención del parto tradicional”, columna C, sábado 16 de Febrero.
2008 “PASSE entregó 6 ambulancias en Chimborazo”, Columna C, sábado 16 de febrero.

- 2008 “Chimborazo cuenta con promotores de salud en el sector rural”, miércoles 20 de febrero.
- Diario *Regional Independiente los Andes*
- 2007 “Promueven la Ley de Maternidad Bolívar”, Lunes 03 de Septiembre de 2007. Documento electrónico disponible en: <http://www.Diariolosandes.com.ec/content/view/5143/37/>. Pagina visitada, 26 de febrero 2008.
- 2008 “Entregarán las certificaciones a las escuelas promotoras de la salud”, Riobamba, columna B, 04 de abril.
- 2008 “Resoluciones de la Asamblea de la CONFENAI”, miércoles 09 de enero.
- 2008 “Entregarán las certificaciones a las escuelas promotoras de la salud”, Riobamba, columna B, 04 de abril.
- Dirección Provincial de Salud Chimborazo
- 2008a Boletín. Hospital Colta, Marzo. Chimborazo, Ecuador.
- 2008b “Estadísticas de equipamiento e infraestructura por provincias”, 07 marzo. Boletín. Hospital Colta, Marzo. Chimborazo
- Echazú, Gretel
- 2006 *Los desafíos de la salud intercultural*. Universidad Nacional del Salta, Argentina.
- Espinoza, María Fernanda y Tom Salman
- 2000 “Las paradojas de la multiculturalidad”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 9: pág. 42-50. FLACSO-Ecuador.
- Egüez, Pilar
- 2005 “Mujeres y Población”. En *Mujeres Ecuatorianas, entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*, Mercedes Prieto (edit.). Ecuador: CONAMU, UNIFEM; FLACSO-Sede Ecuador.
- Foucault, Michel
- 1995 *Historia de la sexualidad*, tomo 1” en *La voluntad de saber*. Capítulo 1, “Nosotros los victorianos” y Capítulo III, *Scientia sexualis*: 7-22, 65-92. 22a edición, México: Siglo XXI.
- Flores, Germán
- 2007 *Políticas públicas para pueblos indígenas en el Ecuador del siglo XXI. Memorias del seminario nacional*, Quito Ecuador.
- García, Nestor
- 1995 *Culturas Híbridas: Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Pp. 263-327; Regents: University of Minnesota
- García, Fernando
- 2001 “¿Un levantamiento indígena más? A propósito de los sucesos de febrero de 2001”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 10: pág34-38. FLACSO-Ecuador.

- Heller, Agnes y Ferenc Fehér
 1995 “La modernidad y el cuerpo. La salud como política”. En *Biopolítica: La modernidad y la liberación del cuerpo*: 69-82. Barcelona: Ediciones Península.
- Lacqueur, Thomas
 1990 *La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid. Capítulo 1: Sobre el lenguaje y la carne: pp. 15-20; Capítulo 3: Nueva ciencia, carne única: pp. 121-202; el descubrimiento de los sexos: pp. 257-328. Ediciones Cátedra.
- Lavrin, Asunción
 1991 “La sexualidad en el México colonial: un dilema para la Iglesia”. En *Sexualidad y matrimonio en la América hispánica. Siglos XVI – XVIII*: 55-104. México: Grijalbo.
- León, Jorge
 2001 “Conflicto étnico, democracia y Estado”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 10: pág. 48-56. FLACSO-Ecuador.
- León, T. Magdalena
 1999 *Derechos sexuales y reproductivos; Avances constitucionales y perspectivas en el Ecuador*. Ecuador: FEDAEPS.
- León, Mauricio
 2004 “Etnicidad y exclusión en el Ecuador”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 17: pág. 116-132. FLACSO-Ecuador.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
 2007 Ecuador: CONAMU.
- Lieutet, Dominique
 1994 “Mujeres sin pudor”. En *Debate Feminista*, Vol. 9: 472-476. México: Metis productos culturales.
- Gobierno Nacional de la República del Ecuador
 2007 “Firman convenio para mejorar la atención en salud en Chimborazo”, Portal del Gobierno Nacional de la República del Ecuador, noticia del día 16 de marzo. Documento electrónico disponible en: <http://www.presidencia.gov.ec/noticias.asp?noid=8803>. Página visitada, 26 de febrero 2008.
- Grupo Faro
 2007 Informe 1 “El enfoque de género en la asignación de recursos: invirtiendo en el Ecuador más equitativo”. Lupa Fiscal de Género. Ecuador: Grupo Faro.
- Macas, Luis
 2002 “La lucha del movimiento indígena en el Ecuador”. En *Boletín ICCI-ARY Rímay*, año 4, No 37, Ecuador: Instituto Científico de

- Cultura Indígena. Documento electrónico disponible en: <http://icci.nativeweb.org/boletín/37/macac.html>
- Mannarelli, María Emma
 1999 “El programa cultural del cambio de siglo: maternidad y naturaleza femenina”. En *Limpias y Modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*: 69-114. Lima: Flora Tristán.
- Marcus, George
 2001 “Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal”. En *Alteridades*, 111-127. Ciudad de México, país México.
- Moreno, Hortensia
 1995 “Relaciones sexuales”. En *Debate Feminista*, No 11: 5-16. México: Metis productos culturales.
- Moreno, Segundo
 1985 *Sublevaciones indígenas en la audiencia de Quito. Desde comienzos del siglo XVIII hasta finales de la colonia*. Quito, Ecuador: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Meentzen, Ángela
 2007 *Políticas públicas para los pueblos indígenas en América Latina. Los casos de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia*. Perú: Honrad Adenauer Stiftung.
- Hospital cantonal de Colta
 2008 *Memorias. Taller de Adecuación cultural del parto*, Colta 21-22 de Julio. Colta, Chimborazo: UNFPA-Ministerios de Salud Pública.
- Naula, Juan,
 s/f *Gestión en políticas interculturales de salud indígena*. Ecuador: Dirección Nacional de los Pueblos Indígenas Ecuador; Ministerio de Salud Pública.
- Nuñez, María Gracia
 2007 “Estados maquínicos y dispositivos de resistencia: Devenir otr@”. En *Aparte Rei* revista de filosofía, Vol. 50: 1-14.
- Osborne, Raquel
 2003 La Organización de la Sexualidad en Occidente: El papel de la institución en la prostitución. En *Sexualidades: Diversidad y Control Social*, Oscar Guasch, Olga Vinuales (edits.): 235-257. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Palomar, Cristina
 2005 “Maternidad: Historia y cultura”. En *La ventana*, No 22: 110-145. México: Metis productos culturales.

- 2004 “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. En *Debate Feminista*, año 15, Vol. 30: 12-34, 20. México: Metis productos culturales.
- Pequeño, Andrea
- 2007 *Imágenes en Disputa. Representaciones de mujeres indígenas de la sierra ecuatoriana*. Ecuador: FLACSO-Sede Ecuador; UNFPA.
- 2009 “Vivir violencia, cruzar los límites. Prácticas y discursos en torno a la violencia contra mujeres en comunidades indígenas del Ecuador”. En *Participación y políticas de mujeres indígenas en América Latina*, Andrea Pequeño (comp.): 147-168. Ecuador: FLACSO-Sede Ecuador; Ministerio de Cultura.
- Pichardo Galán, José I.
- 2003 “Migraciones y opción sexual”. En *Sexualidades: diversidad y control social*, Oscar Guasch y Olga Vinuales (edits.): pág.278-297; Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Prieto, Mercedes, Clorinda Cuminao, Alejandra Flores, Gina Maldonado y Andrea Pequeño
- 2005 “Las mujeres indígenas y la búsqueda por el respeto”. En *Entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*, Mercedes Prieto (edit.): 155-194. Ecuador: CONAMU, UNIFEM; FLACSO- Sede Ecuador.
- Programa de Apoyo al Sector Salud en Ecuador (PASSE)
- 2008 “Avance de actividades”. Comisión Europea. Documento electrónico disponible en: <http://www.passe.gov.ec/paginas/subtitulos/avance.htm>, página visitada 10 de marzo.
- Riley, Denise
- 2006 “El derecho a estar sola”. En *Debate Feminista*, No 34: 3-16. México: Metis productos culturales.
- Ruiz, Apen
- 2001 “La india bonita: nación raza y género en el México revolucionario”. En *Debate Feminista* No 12, Vol. 24: pág. 142-162. México.
- Rose Nikolas y Carlos Novas
- 2005 “Biological Citizenship”. En *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological problems*. Australia, Massachusetts, United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Sáez, Javier
- 2004 *Teoría Queer y Psicoanálisis. El contexto post-estructuralista: Foucault, Deleuze-Guattari y Derrida*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Saint-Upéry, Marc
- 2001 “El movimiento indígena ecuatoriano y la política del reconocimiento”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No10: pág. 57-68. FLACSO-Sede Ecuador.

SIISE

2001 Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, versión 2.0, Ecuador.

Sheper-Hughes, Nancy

1997 *Muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A: Barcelona.

Suárez, Juan Antonio

2003 “Corpo/realidad, pornografía, vanguardia”. En *Sexualidades: Diversidad y Control Social*, Oscar Guasch y Olga Vinales (eds.): 126-146. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Tenorio, Rodrigo

2000 *La intimidad desnuda: sexualidad y cultura indígena*. Ecuador: Abya-Yala.

Villacrés A Nilhda y José Yépez M.

2002 *Protección social en salud: Ecuador perfil de riesgos, vulnerabilidad y exclusión social en salud*. Ministerio de Salud Pública, Ecuador.

Vinueza, Danilo

2007 “Se conformó comité de usuarios /as de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia”, 31 de Octubre. Portal Ilustre Municipalidad del Cantón Riobamba. Documento electrónico disponible en: http://www.municipioderriobamba.gov.ec/home/secciones.php?idn=313&id_sec=29. Página visitada, 26 de febrero 2008. Informe final con el apoyo técnico de: organización panamericana de la salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud oficina de representación en Ecuador. Ecuador.

Weeks, Jeffrey

1998 “La invención de la sexualidad”. En *Sexualidad* N°: 23-46 México: Paidós; UNAM –PUEG.

Organización Panamericana de salud

División de desarrollo de sistemas y servicios de salud, Oficina de representación de Ecuador, Ministerio de Salud Pública Ecuador.

Anexos

Anexo 2. Ficha Familiar

12 PLAN DE INTERVENCIÓN		MESO		FECHA 11/01/08	
PROBLEMA	Actividades	Periodo de intervención	Responsables	Evaluación	
Tristeza	Grupos de apoyo	11/01/08	Psicóloga, enfermera	11/01/08	
Tristeza	Tratamiento farmacológico	11/01/08	Psicóloga, enfermera	11/01/08	

8-3		MESO		FECHA 11/01/08	
PROBLEMA	Actividades	Periodo de intervención	Responsables	Evaluación	
		11/01/08	Psicóloga, enfermera	11/01/08	

Programación de Visita Domiciliaria de Riesgo

Fecha	Problema	Evaluación	Actividad	Responsables	Recomendaciones
11/01/08					

7 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR																					
COMPONENTES Y SUS COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACIÓN																			
		2010				2011				2012				2013				2014			
		EN	BAJO	MEDIO	ALTO	EN	BAJO	MEDIO	ALTO	EN	BAJO	MEDIO	ALTO	EN	BAJO	MEDIO	ALTO	EN	BAJO	ALTO	
A. REDES BIOLÓGICAS	1. REDES CON CUESTIÓN DE ADECUACIÓN ALUMENCIÓN																				
	2. PERSONAS CON MAL TRATAMIENTO DENTARIO / ORtodONTICO																				
	3. PERSONAS CON DEFICIENCIAS DENTALES SEVERAS																				
	4. INSUFICIENCIA CON PROBLEMAS																				
	5. PERSONAS CON PROBLEMAS DENTALES																				
B. REDES BIOLÓGICAS	6. CORTAJES DE AGUA INSUFICIENTE																				
	7. MALA PLANIFICACIÓN DE ESCUELAS																				
	8. MALA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS DE AGUA																				
	9. IMPACTO BIOLÓGICO POR CONTAMINACIÓN AMBIENTAL																				
C. REDES BIOLÓGICAS ECONÓMICAS	10. ANIMALIA MALA CONSERVACIÓN																				
	11. DESARROLLO DEL AGUA DE FAMILIA																				
	12. MAL PLANIFICACIÓN DEL PAISAJE O LA ZONAS																				
	13. DEFICIENCIA FAMILIAR BIOTECNOLÓGICA																				
	14. FERIA BIOTECNOLÓGICA																				
15. RECONOCIMIENTO DE PERSONAS Y IDENTIFICACIÓN																					
TOTAL																					
CALIFICACIÓN DEL RIESGO (MEDIANTE "X")		EN	BAJO	MEDIO	ALTO	EN	BAJO	MEDIO	ALTO	EN	BAJO	MEDIO	ALTO	EN	BAJO	MEDIO	ALTO	EN	BAJO	ALTO	
RESUMEN																					

Anexo 3. Ficha Intercultural

13 SALUD INTERCULTURAL		FECHA DE ELABORACIÓN	
COMPONENTES Y PREGUNTAS		FECHA DE ELABORACIÓN	
<p>A. ETNO EPIDEMIOLOGÍA</p> <p>1. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DEL COMPLEJO QUE SE PRESENTAN EN LA FAMILIA?</p>		<p>D. RECURSOS HUMANOS O SERVICIOS</p> <p>8. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES SERVIDORES A LOS QUE SE RECURRE CUANDO TIENE UNA ENFERMEDAD?</p> <p>9. ¿DÓNDE ES EL LUGAR DE ATENCIÓN DE LOS SERVIDORES?</p> <p>10. ¿CÓMO SE DA Y LA FORMA DE ATENCIÓN POR EL SERVIDOR?</p> <p>11. ¿POR QUÉ?</p>	
<p>B. SALUD ATENCIÓN FAMILIAR</p> <p>2. ¿CUANDO ESTO TIENE UNA ENFERMEDAD QUE HACE FRECUENTE?</p> <p>3. ¿POR QUÉ?</p> <p>4. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES SERVIDORES CUIDADOS POR USTED CUANDO?</p> <p>5. ¿LA COMPARA CON LA SALUD EN SU OTRA CIUDAD?</p> <p>6. ¿POR QUÉ?</p>		<p>E. NUTRICIÓN FAMILIAR</p> <p>12. ¿CÓMO COMEREN EN EL RESPUESTA?</p> <p>13. ¿CÓMO COMEREN EN EL NUTRICIÓN?</p> <p>14. ¿CÓMO COMEREN EN LA RESPUESTA?</p>	
<p>C. PERFIL EPIDEMIOLOGICO</p> <p>7. ¿QUE ENFERMEDADES HA CURADO EN SU VIDA?</p> <p>RESPONSABLE</p>		<p>F. GÉNERO</p> <p>15. ¿CÓMO ESTÁ LA RELACION EN LA FAMILIA Y CON SUS HERMANOS?</p> <p>16. ¿EN CASO DE QUEBY UN PROBLEMA EN LA FAMILIA O COMO LE RELACIONA?</p> <p>17. ¿EN QUE DE LAS PUNTAS APERTURA A LAS MUJERES?</p> <p>18. ¿EN CASO DE DISTINGUIR O EMPLEAR EN SU FAMILIA LA RELACION DE SU MARIDO?</p> <p>19. ¿POR QUÉ SE ENCUENTRA EN LA FAMILIA CUANDO SE ENCUENTRA EN LA FAMILIA?</p> <p>20. ¿CÓMO SE SIENTE HACER PARA NO TENER A LA FAMILIA?</p>	

SC/03/024 COLTA - HCU-areas interculturales/2007

FICHA FAMILIAR - INTERCULTURALIDAD

13 SALUD INTERCULTURAL		FECHA DE ELABORACIÓN	
COMPONENTES Y PREGUNTAS		FECHA DE ELABORACIÓN	
<p>A. ETNO EPIDEMIOLOGÍA</p> <p>1. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DEL COMPLEJO QUE SE PRESENTAN EN LA FAMILIA?</p>		<p>D. RECURSOS HUMANOS O SERVICIOS</p> <p>8. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES SERVIDORES A LOS QUE SE RECURRE CUANDO TIENE UNA ENFERMEDAD?</p> <p>9. ¿DÓNDE ES EL LUGAR DE ATENCIÓN DE LOS SERVIDORES?</p> <p>10. ¿CÓMO SE DA Y LA FORMA DE ATENCIÓN POR EL SERVIDOR?</p> <p>11. ¿POR QUÉ?</p>	
<p>B. SALUD ATENCIÓN FAMILIAR</p> <p>2. ¿CUANDO ESTO TIENE UNA ENFERMEDAD QUE HACE FRECUENTE?</p> <p>3. ¿POR QUÉ?</p> <p>4. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES SERVIDORES CUIDADOS POR USTED CUANDO?</p> <p>5. ¿LA COMPARA CON LA SALUD EN SU OTRA CIUDAD?</p> <p>6. ¿POR QUÉ?</p>		<p>E. NUTRICIÓN FAMILIAR</p> <p>12. ¿CÓMO COMEREN EN EL RESPUESTA?</p> <p>13. ¿CÓMO COMEREN EN EL NUTRICIÓN?</p> <p>14. ¿CÓMO COMEREN EN LA RESPUESTA?</p>	
<p>C. PERFIL EPIDEMIOLOGICO</p> <p>7. ¿QUE ENFERMEDADES HA CURADO EN SU VIDA?</p> <p>RESPONSABLE</p>		<p>F. GÉNERO</p> <p>15. ¿CÓMO ESTÁ LA RELACION EN LA FAMILIA Y CON SUS HERMANOS?</p> <p>16. ¿EN CASO DE QUEBY UN PROBLEMA EN LA FAMILIA O COMO LE RELACIONA?</p> <p>17. ¿EN QUE DE LAS PUNTAS APERTURA A LAS MUJERES?</p> <p>18. ¿EN CASO DE DISTINGUIR O EMPLEAR EN SU FAMILIA LA RELACION DE SU MARIDO?</p> <p>19. ¿POR QUÉ SE ENCUENTRA EN LA FAMILIA CUANDO SE ENCUENTRA EN LA FAMILIA?</p> <p>20. ¿CÓMO SE SIENTE HACER PARA NO TENER A LA FAMILIA?</p>	

SC/03/024 COLTA - HCU-areas interculturales/2007

FICHA FAMILIAR - INTERCULTURALIDAD